



## QUESTIONNAIRE SCANNER

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ... / ... / ..... Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Votre taille (obligatoire) : ..... cm Votre poids (obligatoire) : ..... Kg

Nom et numéro de téléphone d'une personne à prévenir : .....

**Le scanner peut nécessiter l'injection d'un produit de contraste iodé :**

Avez-vous un terrain allergique connu ? (asthme, urticaire, médicament ...) ☐ OUI ☐ NON

Avez-vous eu une réaction allergique lors d'un examen radiologique ? ☐ OUI ☐ NON

Avez-vous une maladie cardiaque, pulmonaire, rénale, infectieuse ? ☐ OUI ☐ NON

Etes-vous immunodéprimé ? ☐ OUI ☐ NON

Etes-vous diabétique ? ☐ OUI ☐ NON

Prenez-vous un traitement contre l'hypertension ? ☐ OUI ☐ NON

Une autre injection de produit de contraste a-t-elle eu lieu ou est prévue dans les 48h ? ☐ OUI ☐ NON

**Acceptez-vous l'injection de produit de contraste si nécessaire ?** ☐ OUI ☐ NON

**Pour les femmes :**

Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? ☐ OUI ☐ NON

Je soussigné(e) Madame, Monsieur (rayer la mention inutile) .....  
agissant en :

- ☐ Qualité de patient
- ☐ Personne titulaire de l'autorité parentale
- ☐ Personne de confiance désignée par le patient
- ☐ Tuteur d'une personne protégée

Certifie avoir pris connaissance des différentes contre-indications relatives à l'examen de scanner et avoir répondu avec exactitude à ce questionnaire.

Date : ... / ... / .....

Signature du patient ou de son représentant :