



SCANNER - I.R.M 92 NORD

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 ?

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 différents contre-indications relatives à l'examen de scanner et avoir répondu avec exactitude à ce questionnaire.

Date : ... / ... /

Signature du patient ou de son représentant :