



## QUESTIONNAIRE SCANNER SCANNER - IRM 92 NORD

**NOM :**

**Date de naissance :** ... / ... / .....

**Votre poids (obligatoire) :** ..... Kg

**PRENOM :**

**Sexe :**  Féminin  Masculin

**Votre taille :** ..... cm

Numéro de téléphone d'une personne à prévenir :

**Pour les personnes non valides**, merci de contacter le service afin d'assurer une prise en charge personnalisée et efficace.

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

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| ▶ Avez-vous eu une réaction allergique lors d'un examen radiologique ?.....<br>(Urticaire /démangeaisons /difficultés respiratoires/gonflement ...) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▶ Avez-vous un terrain allergique connu ?.....<br>(Asthme, urticaire, rhinite, rhume des foins...)  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▶ Etes-vous diabétique avec un traitement en cours ?.....   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▶ Avez- vous une insuffisance rénale connue ? ou un myélome ?.....  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▶ Prenez-vous un traitement contre l'hypertension ?.....  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▶ Devez-vous prochainement passer une scintigraphie ou un examen de médecine nucléaire ?  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▶ Etes-vous porteur d'une maladie infectieuse ou contagieuse ?<br>(Tuberculose, BMR.....) Ou immunodéprimé ? (Hépatite, VIH...)                     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▶ Acceptez-vous l'injection de produit de contraste si nécessaire ?.....  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▶ Une autre injection de produit a-t-elle eu lieu où est-elle prévue dans les 48 h ?  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

### **Pour les femmes :**

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ▶ Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▶ Allaitiez-vous ?.....                              | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

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

Qualité de patient (personne majeure capable)

**OU** dans le cas où le consentement n'est pas formulé par le patient lui-même :

- 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