

QUESTIONNAIRE AVANT SCANNER AVEC INJECTION

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Taille :

Poids :

- Je certifie avoir pris connaissance du protocole Scanner et donne mon accord pour que l'examen soit réalisé oui non
- Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes d'allergie (asthme par exemple), une réaction particulière lors d'un examen radiologique ? oui non
- Avez-vous une maladie cardiaque, pulmonaire ou rénale ? oui non
- Etes-vous diabétique ? oui non
- Avez-vous eu récemment une radiographie de l'estomac, de l'intestin ou du côlon ? oui non
- Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? oui non
- Allaitiez-vous ? oui non

Précaution :

- Deux heures avant l'examen : Prendre un repas léger sans matière grasse, avec sucres lents, boissons. Eviter le café au lait (peu digeste).
- Pour accélérer l'élimination du produit de contraste, prévoir une bouteille d'eau (à boire après votre examen).

D'une manière générale, n'hésitez pas à fournir tout renseignement qui vous paraîtrait important à communiquer et à **nous informer de toute maladie sérieuse.**

.....
.....

Le centre d'imagerie stocke et archive des informations personnelles en correspondance avec les examens réalisés au sein du cabinet.

Vos données de santé peuvent subir un traitement informatique à des fins de coordination des soins ou d'hébergement des données de santé.

N'hésitez pas à en parler avec votre praticien si vous souhaitez accéder ou procéder à la modification de vos données.

Date :

Signature :