

Patient(e)

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____
 Adresse : _____
 N° de téléphone : _____ Poids : _____ Age : _____
 Médecin prescripteur : _____
 Mutuelle complémentaire : _____ Date du RDV : _____

Veillez remplir le questionnaire médical ci-dessous et venir muni du document le jour de l'examen

	OUI	NON
Avez-vous déjà passé un scanner ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, avec injection de produit de contraste ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
► Êtes-vous porteur :		
De prothèse dentaire, auditive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'examen doit-il être réalisé avec injection de produit de contraste (APC) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

**Si oui, et que vous avez plus de 50 ans, un bilan de créatininémie (prescrit par votre médecin prescripteur ou traitant), doit être réalisé dans un délai de 5 à 15 jours avant l'examen.
 Ne pas oublier de venir au RDV avec les résultats**

Souffrez-vous d'insuffisance rénale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--------------------------	--------------------------

**Si oui, un bilan de créatininémie (prescrit par votre médecin prescripteur ou traitant), doit être réalisé dans un délai de 5 à 15 jours avant l'examen.
 Vous devez obligatoirement venir avec les résultats.**

Faites-vous des allergies ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faites-vous de l'asthme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si votre examen doit être réalisé avec une injection et en cas de très grand terrain allergique, d'asthme, d'œdème de Quincke ou d'urticaire géant, un traitement antihistaminique (prescrit par votre médecin prescripteur ou traitant), doit être pris par voie orale 3 jours avant l'examen.
 En cas d'allergie bénigne (pollen, acarien,...) aucune prémédication n'est nécessaire.**

Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous en période d'allaitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous diabétique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous un traitement contre l'hyper tension (béta-bloquants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous un RDV de scintigraphie le même jour que le scanner ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En cas de doute, n'hésitez pas à contacter votre médecin prescripteur, médecin traitant ou le service d'imagerie
 (05 62 13 31 50)

Fait à :

Le :

Signature :