

QUESTIONNAIRE — RADIOLOGIE & SCANNER

Recherche des contre-indications avant votre examen

À COMPLÉTER PAR LE PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : ____ / ____ / _____ Poids : _____ kg Taille : _____ cm
Date de l'examen : ____ / ____ / _____ Examen prescrit : _____

Ce questionnaire permet à notre équipe de préparer votre examen en toute sécurité. Merci de le compléter avec soin et de nous le présenter le jour de votre venue.

① GROSSESSE — RAYONNEMENTS IONISANTS

À renseigner si vous êtes une femme âgée de 12 à 55 ans.

Êtes-vous enceinte ? OUI NON
Existe-t-il un risque que vous soyez enceinte (retard de règles, absence de contraception efficace) ? OUI NON
Allaitez-vous actuellement ? OUI NON

② ALLERGIES (uniquement si scanner avec injection)

Avez-vous déjà présenté une réaction allergique à un produit de contraste iodé ? OUI NON
Avez-vous une allergie connue à l'iode, aux fruits de mer ou aux poissons ? OUI NON
Avez-vous d'autres allergies médicamenteuses ? OUI NON
Si oui, précisez :

③ FONCTION RÉNALE (uniquement si scanner avec injection)

Avez-vous une insuffisance rénale connue ? OUI NON
Êtes-vous dialysé(e) ? OUI NON
Avez-vous un seul rein ? OUI NON
Avez-vous réalisé une prise de sang récente (créatininémie) ? OUI NON
Si oui, date du prélèvement : ____ / ____ / _____ Résultat : _____ µmol/L

④ ANTÉCÉDENTS ET TRAITEMENTS

Êtes-vous diabétique ? OUI NON
Prenez-vous un traitement antidiabétique contenant de la metformine ? OUI NON
(exemples : Glucophage®, Stagid®, Glucovance®, Janumet®)
Avez-vous une maladie cardiaque ou de l'hypertension artérielle ? OUI NON
Avez-vous un asthme ou des allergies respiratoires sévères ? OUI NON
Êtes-vous atteint(e) d'une maladie de la thyroïde (hyper- ou hypothyroïdie) ? OUI NON
Précisions ou autres antécédents importants :

⑤ TRAITEMENTS EN COURS

Listez vos traitements actuels (nom et posologie) :

⚠ Information importante

Toute réponse positive ne contre-indique pas systématiquement votre examen, mais permet à notre équipe d'adapter la prise en charge. En cas de doute, n'hésitez pas à nous contacter avant votre venue au 04 22 17 02 22.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations fournies ci-dessus.

Date :
____ / ____ / _____

Signature du patient :