

SCANNER DE L'ETANG DE MARTIGUES

NOM : DATE DE NAISSANCE :...../...../.....

Prénom :

POIDS : TAILLE :

QUESTIONNAIRE PATIENT REALISANT UN SCANNER

Document à remettre à la secrétaire

Avez-vous une réaction particulière lors d'un examen avec injection d'iode?

OUI NON

Avez-vous eu des problèmes d'allergie médicamenteuse ou alimentaire (urticaire, oedème de Quincke...?)

OUI NON

Avez-vous ou avez eu de l'asthme? OUI NON

Avez-vous une insuffisance rénale connue? OUI NON

Avez-vous subi une opération? OUI NON

Si oui, laquelle ou lesquelles.....

Etes-vous diabétique?

Si oui, prenez-vous un médicament présent dans la liste suivante :

AVANDAMET GLUCOPHAGE GLUCOVANCE JANUMET STAGID

VELMETIA 50MG DIABAMYL GLUCINAN GLYMAX

METFIREX EDDIA EUCREAS METFORMINE

Si c'est le cas, vous devez arrêter le ou les médicaments en question durant 48h APRES L'INJECTION de produit de contraste iodé.

Medames, êtes vous enceinte ou susceptible de l'être? OUI NON

Allaitiez-vous? OUI NON

La secrétaire vous remettra les documents à remplir et à ramener le jour de l'examen, avec les consignes particulières selon les médicaments que vous prenez ou les allergies connues (anesthésiques ou iodes)

DATE ET SIGNATURE