

## 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