

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE SCANNER - I.R.M. DU PARC

33, rue des Bûchers
31400 TOULOUSE
Tel : 05.61.36.66.05

Madame, Monsieur,

Votre médecin vous a prescrit un SCANNER.

Le radiologue qui va pratiquer cette exploration vous demande de bien vouloir répondre au questionnaire suivant afin de rechercher d'éventuelles contre-indications à cet examen.

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

POIDS :

Oui

Non

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Etes-vous allergique (asthme, eczéma, réaction à certains aliments, médicaments ou autres produits...) ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | En cas de contexte allergique, avez-vous pris une prémédication anti-allergique avant cet examen ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous une altération de la fonction rénale (insuffisance rénale ? dialyse ?...) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Etes-vous traité pour un diabète ? (si oui, avec quels médicaments ?) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Disposez-vous d'un bilan sanguin (prise de sang) datant de moins de 3 mois ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Allaitez-vous en ce moment un enfant ? |

Nous restons à votre disposition pour vous aider éventuellement à répondre à ces quelques questions. Nous vous remercions par avance.

Date et Signature