

CENTRE DE RADIOLOGIE ET D'IMAGERIE MEDICALE DU PARC

33, rue des Bûchers – 31400 TOULOUSE – Tel : 05.61.36.66.05

R.V. : du Lundi au Vendredi de 8h00 à 20h00 et le Samedi Matin de 8h à 13h

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.

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

NOM : PRENOM :

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

POIDS : TAILLE :

OUI NON

- Etes-vous allergique (asthme, eczéma, allergies alimentaires, médicamenteuses ou à d'autres produits...) ?
Si oui, à quoi ? :
- En cas de contexte allergique, avez-vous pris une prémédication anti-allergique avant cet examen ?
- Avez-vous une dégradation de votre fonction rénale ?
(insuffisance rénale ? dialyse ? myélome ?...)

OUI NON

- Etes-vous traité pour un diabète ? *Si oui, avec quels médicaments ?*
- Disposez-vous d'un bilan sanguin (prise de sang) datant de moins de 3 mois ?
- Avez-vous apporté vos anciens examens (CD-ROM, compte-rendus, clichés... ?) *Si oui, merci de les transmettre à la secrétaire.*
- Avez-vous lu attentivement ce questionnaire ?

Madame,

- Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?
- Allaitiez-vous en ce moment un enfant ?

Merci de nous indiquer la raison pour laquelle cet examen vous a été prescrit :

Date et Signature :

Une documentation spécifique concernant les doses utilisées pour votre scanner et les précautions prises pour votre radioprotection, peut vous être remise à votre demande