

Questionnaire médical SCANNER

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....

Pour les patients mineurs non accompagnés, le consentement écrit d'un des parents est nécessaire.

Je soussigné(e)..... responsable de l'enfant autorise la réalisation de l'examen SCANNERprescrit.

Date :/...../.....

Signature du responsable :

Poids : Taille.....(pour paramétrer la machine)

AVEZ-VOUS	oui	non
Déjà présenté des signes d'allergie lors d'un précédent examen radiologique injecté		
➤ Si oui lesquels :		
Des allergies ou de l'asthme		
➤ Si oui avez-vous été prémédiqué		
Un traitement pour le diabète (hors insuline)		
➤ Si oui lequel :		
Une maladie cardiaque ou une insuffisance cardiaque		
Une insuffisance rénale connue		
Eu une transplantation rénale ou hépatique		
Un risque d'être enceinte le jour de l'examen ou en cours d'allaitement		
➤ Si oui quelle est la date de vos dernières règles :		
Un glaucome		
Un myélome		
Un traitement pour la thyroïde		



En cas de questions sur ces différents points, n'hésitez pas à nous appeler au 02.35.22.33.33

Le jour de l'examen :

- Prenez un repas léger avant l'examen
- Buvez abondamment
- Prenez vos médicaments habituels sauf avis contraire du radiologue
- Prévoir de retirer les bijoux et les piercings.
- Apporter la **carte vitale** ou son attestation et carte de mutuelle.
- Apporter les anciens examens et les dernières prises de sang.
-

Je soussigné(e)....., certifie avoir pris connaissance des informations énumérées ci-dessus et y avoir répondu complètement, avant la réalisation de l'examen IRM.

Date :/...../.....

signature :