

SCANNER - CIME CHAMPAGNE

Votre médecin traitant vous a prescrit un examen nécessitant une injection de produit de contraste.

Pour ce faire, nous vous demandons de remplir le présent questionnaire avec exactitude :

NOM:

Prénom:

Date de naissance : / /

N° de téléphone :

Adresse:

Code postal:

Commune:

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

- Etes-vous **DIABETIQUE** ? Oui Non

Si OUI, indiquez le nom du ou des médicaments que vous prenez pour votre diabète :

- Etes-vous **ASTHMATIQUE** ? Oui Non

- Etes-vous **ALLERGIQUE** ? Oui Non

Si OUI, à quoi êtes-vous allergique :

Si allergie à l'Iode, quelle réaction faites vous ?

- Suivez-vous un traitement pour hyperthyroïdie : Oui Non

- Suivez-vous un traitement pour hypertension : Oui Non

- Suivez-vous un traitement pour coagulation du sang : Oui Non

- Suivez-vous un traitement pour troubles cardiaques : Oui Non

- Pour les patientes, êtes-vous enceinte ? Oui Non

- Etes-vous en cours d'allaitement ? Oui Non

Questionnaire rempli par : Patient Autre Secrétaire (si impossibilité du patient)

VEUILLEZ COMPTER UNE SEMAINE DE DELAI ENTRE LE JOUR DE VOTRE EXAMEN ET L'OBTENTION DES COMPTES RENDUS ECRITS

A Troyes, le

Signature :

Merci de retourner le questionnaire accompagné de la prescription médicale au moins 10 jours avant votre examen.