

NOM : Prénom : Date de naissance :/...../.....

Adresse :

CP : Ville : téléphone :

Mail : @.....

Médecin traitant : Médecin prescripteur :

Poids : Taille :

Veuillez remplir le questionnaire médical ci-dessous et venir muni du document le jour de l'examenAvez-vous déjà passé un Scanner ? OUI NONSi oui, avec injection de produit de contraste ? OUI NONL'examen doit-il être réalisé avec injection de produit de contraste (APC) ? OUI NON

Si OUI, et que vous avez 65 ans ou plus, si vous souffrez d'une insuffisance rénale connue ou si vous êtes suivi dans le cadre d'un bilan oncologie, un bilan de créatininémie, ou doit être réalisé dans un délai de moins de 15 jours avant l'examen. Le jour de l'examen vous devez obligatoirement venir avec les résultats.

► Allergies :

- Avez-vous un terrain allergique ? OUI NON
- Avez-vous de l'asthme ? OUI NON

Si votre examen doit être réalisé avec une injection et en cas de très grand terrain allergique, d'asthme, d'œdème de Quincke ou d'urticaire géant, un traitement antihistaminique (prescrit par votre médecin prescripteur ou traitant), doit être pris par voie orale 3 jours avant l'examen.

En cas d'allergie bénigne (pollen, acarien,...) aucune prémédication n'est nécessaire

► Pathologies et traitements :

- Etes-vous diabétique ? OUI NON
- Etes-vous porteur d'une pompe à insuline ? OUI NON
- Prenez-vous un traitement contre l'hypertension / Cœur OUI NON

► Grossesse et allaitement :

- Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? OUI NON
- Date des dernières règles :/...../.....
- Etes-vous en période d'allaitement ? OUI NON

Si OUI contactez nous

- Avez-vous un RDV de scintigraphie ce jour ? OUI NON

CONSENTEMENT :Je donne mon consentement à la réalisation de cet examen OUI NON

Date de l'examen :/...../.....

Signature :