



GIE IMEGA - Service de radiologie
Centre Hospitalier de Auch
Allée Marie Clarac
32008 Auch Cedex

Tél. : 05 62. 63. 15. 66
Fax. : 05 62 61. 48 10
Mail : imagerie.gie@ch-auch.fr

QUESTIONNAIRE SECURITE SCANNER

	OUI	NON
1. Avez-vous eu, dans les 3 derniers jours, un examen nécessitant de boire ou d'injecter un produit de contraste ?	☐	☐
2. Avez-vous déjà eu des traitements avec des rayons ?	☐	☐
3. Avez-vous de l'asthme ?	☐	☐
4. Avez-vous du diabète ?	☐	☐
5. Avez-vous une insuffisance rénale ?	☐	☐
6. Avez-vous une hyperthyroïdie non traitée ?	☐	☐
7. Avez-vous un myélome (maladie des os) ?	☐	☐
8. Avez-vous des allergies médicamenteuses ?	☐	☐
9. Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?	☐	☐
10. Allaitiez-vous votre enfant en ce moment ?	☐	☐
11. Êtes-vous suivi pour une maladie ?	☐	☐

Êtes-vous d'accord pour que nous diffusons les résultats de votre examen à :

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Votre médecin traitant ? | ☐ | ☐ |
| ▪ Votre médecin prescripteur ? | ☐ | ☐ |

Votre nom :

Votre prénom :

Date de naissance :

Poids :

Taille :

Je certifie l'exactitude de ces réponses et donne mon accord pour la réalisation de l'examen de ce jour. .

Date :

Signature du patient :