



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

Tél. : 05 67 92 55 55
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 ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Avez-vous déjà eu des traitements avec des rayons ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Avez-vous de l'asthme ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Avez-vous du diabète ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Avez-vous une insuffisance rénale ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Avez-vous une hyperthyroïdie non traitée ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Avez-vous un myélome (maladie des os) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Avez-vous des allergies médicamenteuses ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Allaitiez-vous votre enfant en ce moment ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Êtes-vous suivi pour une maladie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Votre médecin traitant ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Votre médecin prescripteur ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 :