

SELARL D'IMAGERIE MEDICALE AUBOISE

4 rue Chaïm Soutine - 10000 TROYES

Tel : 03.25.45.72.10

Fax : 03.25.45.72.19

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 :

Taille :

Prénom :

Poids :

Date de naissance :

n° de téléphone :

Adresse :

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 ?

- Etes vous porteur d'une pathologie (VIH, Hépatite... ?) oui non

- Suivez-vous un traitement pour hyperthyroïdie oui non

(Antécédents de maladie de Basedow, goitre multi nodulaire, thyroïdite auto-immune ...)

.....
- 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)

*** En cas de doute, l'examen sera reporté, il sera nécessaire de réaliser un bilan sanguin afin de confirmer l'absence de grossesse. Une ordonnance vous sera délivrée à cet effet.**

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

A Troyes, le

Signature