

# Formulaire de pré rendez-vous pour un SCANNER

Vous avez la possibilité de compléter ce questionnaire au préalable, puis de vous rendre au cabinet, muni de ce dernier, de votre carte vitale et de l'ordonnance.

Adresse e-mail : ..... Prénom, NOM : .....

Date de naissance : ..... Médecin prescripteur : .....

Êtes-vous enceinte ? Ou susceptible de l'être ?  Oui  Non

Nombre de semaines : ..... Allaitiez-vous ?  Oui  Non

Manifestations allergiques ?  Oui  Non  Je ne sais pas

Comment se déclarent-elles ?  Eczema  Rhume des foins  Urticaire  Autre

Précision : .....

.....

A quoi se déclarent-elles ?  Iode  Médicaments  Autre

Veuillez préciser le(s) médicament(s) : .....

.....

Si autre, veuillez préciser : .....

.....

Vous a-t-on déjà pratiqué un examen radiologique ou un scanner avec injection de produit iodé ? :  Oui  Non  Je ne sais pas

Avez-vous eu un problème lors de cette injection ?  Oui  Non

Si oui, veuillez préciser : .....

.....

Avez-vous des problèmes de diabète ?  Oui  Non  Je ne sais pas

Traitement :  STAGID  GLUCOPHAGE  GLUCOLESS  METFORMINE Biogaran  GLUCINAN  METFIREX Gé  Autre

Si autre, veuillez préciser : .....

.....

Subissez-vous un traitement pour la tension artérielle ?  Oui  Non  Je ne sais pas

Si oui, veuillez préciser : .....

.....

Utilisez-vous un collyre ?  Oui  Non  Je ne sais pas

Si oui, veuillez préciser lequel : .....

.....

Avez-vous récemment passé un examen radiologique de l'estomac ou de l'intestin ?

Avez-vous récemment passé un examen radiologique ou scanographique avec unjection de produit de contraste iodé ?  Oui  Non  Je ne sais pas

Avez-vous un problème thyroïdien ?  Oui  Non  Je ne sais pas

Avez-vous un rendez-vous pour une scintigraphie de la thyroïde dans moins d'1 mois ?  Oui  Non  Je ne sais pas

Avez-vous des problèmes d'insuffisance rénale ?  Oui  Non  Je ne sais pas

Avez-vous un problème cardiaque ?  Oui  Non  Je ne sais pas

Subissez-vous un traitement par diurétiques ?  Oui  Non  Je ne sais pas