

**Ce questionnaire est à compléter et à rapporter le jour de l'examen**

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Taille : \_\_\_\_\_

<b>ALLERGIES</b>		<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Etes-vous allergique à certains médicaments, latex... ? Si oui, précisez : _____</li> <li>Avez-vous déjà eu une injection de produit de contraste iodé ? (<i>scanner avec injection, artériographie, coronarographie, hystérographie</i>)               <ul style="list-style-type: none"> <li>Avez-vous eu une réaction allergique ? Si oui, laquelle : _____</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Si oui, merci de rapporter le compte-rendu sur lequel est mentionné le produit à l'origine de la réaction allergique ou votre carte allergie.</b></p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Souffrez-vous d'une maladie rénale ou d'une insuffisance rénale ?</li> <li>Souffrez-vous d'hypertension artérielle ?</li> <li>Etes-vous diabétique ? Si oui et si traitement, nom du médicament : _____</li> <li>Souffrez-vous d'une hyperthyroïdie non traitée ou non équilibrée ?</li> </ul>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MALADIES CHRONIQUES</b>		<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Souffrez-vous d'une maladie rénale ou d'une insuffisance rénale ?</li> <li>Souffrez-vous d'hypertension artérielle ?</li> <li>Etes-vous diabétique ? Si oui et si traitement, nom du médicament : _____</li> <li>Souffrez-vous d'une hyperthyroïdie non traitée ou non équilibrée ?</li> </ul>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>GROSSESSE</b>		<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Etes-vous susceptible d'être enceinte ?</li> <li>Allaitez-vous ?</li> </ul>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TRAITEMENT ANTI-COAGULANT</b>		<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Etes-vous sous traitement anti-coagulant ? (<i>KARDEGIC, HEPARINE, ASPIRINE, SINTROM, PLAVIX...</i>) Si oui, lequel : _____</li> </ul>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>DATE</b>	<b>Signature obligatoire</b> (avec la mention « J'ai lu et pris connaissance de ce document »)		