

QUESTIONNAIRE SCANNER AVEC INJECTION

DOCUMENT A COMPLETER ET A RAMENER LE JOUR DE L'EXAMEN

NOM :

Date de naissance : |__| |__| |__| |

Prénom :

Poids : Kg

CONTRE-INDICATIONS

ENTOURER VOTRE REPONSE

✓ **Madame, ETES-VOUS :**

- Enceinte ou susceptible de l'être OUI / NON
- En cours d'allaitement OUI / NON

RENSEIGNEMENTS EN CAS D'INJECTION DE PRODUIT DE CONTRASTE

ENTOURER VOTRE REPONSE

✓ **AVEZ-VOUS :**

- Eu un examen avec injection de produit de contraste (**depuis – de 48h**) OUI / NON
- Déjà présenté un problème lors d'injection de produit OUI / NON
si oui lequel :
- Des allergies connues OUI / NON
si oui lesquelles :

✓ **ETES-VOUS :**

- Asthmatique OUI / NON
- Hyperthyroïdien OUI / NON
- En cours de chimiothérapie OUI / NON

✓ Prenez-vous un traitement pour le diabète (METFORMINE) OUI / NON

↳ ***si oui, la METFORMINE devra être arrêtée le jour de l'examen et pourra être reprise dans les 48h si le contrôle sanguin de la filtration rénale est satisfaisant***

✓ Prenez-vous des médicaments néphrotoxiques tels que Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS), COXIB (Célébrex®, Dynastat®, Arcoxia®) OUI / NON

↳ ***si oui, les MEDICAMENTS NEPHROTOXIQUES devront être arrêtés le jour de l'examen et repris 48h après l'injection***

✓ Prenez-vous un traitement INTERLEUKINE II OUI / NON

↳ ***si oui, le traitement devra être arrêté 48h avant et après l'examen en accord avec le médecin prescripteur***

✓ A partir de 65 ans et + et/ou si vous présentez un des facteurs de risque suivant : diabète, hypertension, goutte, myélome, problème rénal (insuffisance rénale, antécédent de chirurgie rénale, ...) ou traitement par médicaments néphrotoxiques (AINS, COXIB, chimiothérapie)

↳ ***un bilan sanguin avec mesure de la fonction rénale datant de moins de 3 mois vous sera demandé***

LE JOUR DE L'EXAMEN

- Prenez un repas léger avant l'examen
- Buvez 2 litres d'eau (Saint-Yorre) dans les 24h qui précèdent et qui suivent l'examen
- Prévoir de retirer les bijoux et piercings

Je soussigné(e) certifie avoir pris connaissance des différentes informations relatives à l'examen de scanner et avoir répondu avec exactitude à ce questionnaire. Je donne mon accord pour la réalisation de l'examen.

Date :

Signature :

IMPORTANT : L'EXAMEN NE SERA PAS REALISE SANS PRESENTATION DE LA PRESCRIPTION MEDICALE

Le patient mineur devra être accompagné par un de ses parents ou représentant légal au moment de l'examen