

Ce questionnaire est à compléter et à retourner au secrétariat d'imagerie 10 jours avant votre examen

Nom _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Poids : _____

INSUFFISANCE RENALE ET PRODUITS DE CONTRASTE	OUI	NON
▪ Souffrez-vous d'une maladie rénale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Etes-vous ou avez-vous été traité par des médicaments pouvant modifier la fonction rénale lors des 3 dernières semaines (chimiothérapie, diurétiques,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Souffrez-vous de myélome ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALLERGIES	OUI	NON
▪ Avez-vous déjà eu une injection de produit de contraste iodé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous eu une allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui laquelle (<i>urticaire, œdème de Quincke, choc ou hypotension artérielle</i>) : _____		
▪ Souffrez-vous d'urticaire chronique ou récidivante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Etes-vous asthmatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Etes-vous allergique à certains aliments ou médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIABETE	OUI	NON
▪ Etes-vous diabétique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, nom du médicament : _____		
▪ Etes-vous insuffisant rénal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Allaites-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GROSSESSE	OUI	NON
▪ Allaites-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans ce cas, il sera nécessaire d'interrompre l'allaitement pendant 48h après l'administration d'un produit de contraste car celui-ci d'élimine partiellement dans le lait maternel		

Date	Signature obligatoire avec la mention « J'ai lu et pris connaissance de ce document »
------	--