

Nom : _____

Date de naissance:

Prénom : _____

Poids : kg

Taille : cm

	OUI	NON
Souffrez-vous d'allergies connues à des produits de contraste ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'allergies connues à certains médicaments? Si oui, auxquels : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'autres allergies ou d'asthme? Si oui, quelle(s) allergie(s) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'une maladie rénale ou d'insuffisance rénale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'une pathologie thyroïdienne? Si oui, quel médicament prenez-vous? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de diabète ? Si oui, quel médicament prenez-vous (p.ex. Metformin)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous des médicaments anti-coagulants (p. ex. Aspirine, Sintrom,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour les femmes :		
Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous en période d'allaitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques / compléments d'informations? _____ _____ _____		

Par ma signature, je confirme avoir lu le document « Information Patient CT-Scanner » et avoir compris et répondu correctement au présent questionnaire et donne mon accord à la réalisation de l'examen. Pour une meilleure évaluation de mon cas, j'accepte qu'Affidea puisse faire la demande d'anciens rapports ou examens.

Signature du patient: _____

Date :