

Nom : _____

Date de naissance:

--	--	--	--	--	--

Prénom : _____

Poids : _____ kg

Taille : _____ cm

	OUI	NON
Prenez-vous des médicaments anti-coagulants Si oui, lesquels : _____	<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? Si oui, lesquels : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'une pathologie thyroïdienne? Si oui, quel médicament prenez-vous? _____	<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 Médecine Nucléaire » 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 :

--	--	--	--	--	--