INSTITUT DE CHIRURGIE GUIDÉE PAR L'IMAGE
Plateforme d'imagerie médicale

QUESTIONNAIRE MÉDICAL AVANT SCANNER

	Oui	Non
Êtes-vous diabétique ? *Si oui, quel traitement prenez-vous ?*	☐	☐

En cas de traitement par Métformine ou un dérivé, une interruption de votre traitement sera nécessaire en cas d'injection de produit de contraste.
Vous pourrez reprendre votre traitement 48h après l'injection.

Prenez-vous un traitement fluidifiant le sang ? (Anti-coagulant, anti-agrégant, plaquettaire) Kardégic, Préviscan, Plavix, Aspirine, autre :	☐	☐
Avez-vous des antécédents personnels ou familiaux d'insuffisance rénale ?	☐	☐
Souffrez-vous d'hyperthyroïdie ?	☐	☐
Prenez-vous un traitement pour l'hypertension (bétabloquants) ?	☐	☐

Êtes-vous allergique ou asthmatique ? *Si oui, à quoi et quelles manifestations :*	☐	☐

Un autre examen avec injection d'un produit de contraste est-il prévu 48 heures **avant ou après** cet examen ?	☐	☐

Si vous êtes une femme :

Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?	☐	☐
Avez-vous une contraception ?	☐	☐
Êtes-vous en période d'allaitement ?	☐	☐

En l'absence de contraception, apportez un dosage de BétaHCG.
Lors d'une injection, ne pas allaiter pendant les 48 heures suivant l'examen.

Votre poids: ..... kg Votre taille : ..... cm

Merci de nous fournir tout renseignement qui vous paraîtrait important à communiquer et de nous informer de toute maladie.

Je soussigné, Madame, Monsieur .....
certifie sur l'honneur avoir rempli le questionnaire médical et lu les informations concernant le scanner.
J'ai bien noté qu'un produit de contraste pourra m'être injecté si nécessaire.

Je donne mon accord : *(cochez les cases devant les actes que vous acceptez)*
□ pour la réalisation de l'examen
□ pour l'utilisation de l'examen anonymisé à des fins de recherche par l'Institut de Chirurgie et Image de Strasbourg
□ pour l'archivage de l'examen par les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
□ pour la visualisation à distance de l'examen en cas de téléradiologie

Fait à ....., le ..... Signature

Plateforme d'imagerie médicale de l'IHU-Strasbourg - 1, place de l'Hôpital - 67091 STRASBOURG Cedex
Tel: **03.90.41.37.00** - Fax: 03.90.41.37.01 - Mail: imagerie@gi2s.eu
Groupement d'Intérêt Économique - SIRET: 817 600 885 000 13