IMAGERIE Caladoise

Ce questionnaire est à compléter et à rapporter le jour de l'examen

Nom et Prénom : _____ Poids : _____

Date de naissance : _____ Taille : _____

ALLERGIES	OUI	NON
• Etes-vous allergique à certains médicaments, latex… ? Si oui, précisez : _____	☐	☐
• Avez-vous déjà eu une injection de produit de contraste iodé ?	☐	☐
o Avez-vous eu une allergie ? Si oui, laquelle : _____	☐	☐
Si oui, merci de rapporter le compte-rendu sur lequel est mentionné le produit à l'origine de la réaction allergique ou votre carte allergie.		
GROSSESSE	**OUI**	**NON**
• Etes-vous susceptible d'être enceinte ?	☐	☐
• Allaitez-vous ?	☐	☐
TRAITEMENT ANTI-COAGULANT	**OUI**	**NON**
• Etes-vous sous traitement anti-coagulant ? (*KARDEGIC, HEPARINE, ASPIRINE, SINTROM, PLAVIX…*) Si oui, lequel : _____	☐	☐

DATE	**Signature obligatoire** (avec la mention « J'ai lu et pris connaissance de ce document »)