

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous allez subir un examen **avec injection** d'un produit de contraste, nous vous demandons de bien vouloir répondre à ce questionnaire pour **prévenir** les incidents ou accidents.

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

**MERCI DE COCHER LA MENTION EXACTE .**

	OUI	NON
1°) Avez-vous déjà eu des examens radiologiques avec injection d'iode ?		
• des reins ou de la vessie (urographie intra-veineuse ou cystographie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• un scanner avec injection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• une artériographie, coronarographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• une hystérogaphie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• arthroscanner, infiltration radioguidée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

si vous avez eu des réactions à cet (ou ces) examen(s), merci de les décrire :

.....  
.....  
.....

**Merci de nous rapporter le compte rendu de l'examen sur lequel est mentionné le produit à l'origine de ces réactions.**

2°) Merci de nous signaler si vous avez :		
• hyperthyroïdie non traitée ou non équilibrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• un diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• des crises d'asthme (même anciennes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
si oui avez-vous un traitement pour l'asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3°) Merci de nous signaler si vous êtes :		
• Susceptible d'être enceinte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• En période d'allaitement de votre nourrisson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4°) Avez-vous déjà présenté des malaises de type vagal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------------------------------------	--------------------------	--------------------------

5°) Merci de nous signaler si vous prenez un traitement anticoagulant (KARDEGIC, HEPARINE, ASPIRINE, SINTROM, PLAVIX...)

Je reconnais avoir reçu toutes les explications nécessaires afin de remplir ce questionnaire, destiné à prévenir d'éventuelles complications pouvant survenir après injection intra veineuse d'u produit de contraste.

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

SIGNATURE :