

SCANNER RDV prévu le :

Organe à étudier :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Taille : Poids :

Adresse : Téléphone :

Adresse mail :

Avant l'examen répondez attentivement aux questions suivantes :

→ Avez-vous des problèmes d'allergie (notamment au produit de contraste iodé) ou avez-vous eu une réaction allergique après un examen radiologique ? Si oui, précisez.

- OUI
- NON

→ Prenez-vous un traitement fluidifiant le sang (Anticoagulant ou Antiagrégant) ? Si oui, précisez.

- OUI.....
- NON

→ Avez-vous du diabète ou prenez-vous un traitement contre le diabète comme des comprimés de Metformine (Stagid, Glucophage, Glucinan) ?

- OUI
- NON

→ Avez-vous une maladie rénale ou une insuffisance rénale ?

- OUI
- NON

→ Avez-vous une hyperthyroïdie ou une hypothyroïdie non traitée ou non équilibrée ?

- OUI
- NON

→ Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?

OUI.....

NON

→ Allaitiez-vous ?

OUI.....

NON

D'une manière générale, n'hésitez pas à fournir tout autre renseignement qui vous paraîtrait très important à communiquer et à nous informer de toute maladie sérieuse notamment un myélome, une insuffisance cardiaque ou une cirrhose hépatique.

Madame, Mademoiselle, Monsieur.....

A personnellement rempli cette fiche le

et donne son accord pour que l'examen soit réalisé.

Signature :

SCP RADIOLOGIE CLEMENCEAU

DRS ALEMANN, HEBBADJ, LEHMANN, LUDS, RISS, VINEE et YESILOZ-KOÇAK

Cabinet de Sélestat :

4 rue Clemenceau 67600 SELESTAT

Tel. : 03.88.92.34.42

www.radiologie-selestat.fr

radiologie.selestat@hotmail.fr

Cabinet de Barr :

7 rue de la Gare 67140 BARR

Tel. : 03.92.02.00.02

www.radiologie-barr.fr

radiologie.barr@outlook.fr