

## FICHE DE RENSEIGNEMENT SCANNER INJECTE

*A renseigner et à fournir au secrétariat de scanner avant un examen injecté*

**NOM - Prénom :**

**Date de naissance :**

**Poids :      Taille :**

- Avez-vous des allergies : produits de contraste iodés, latex ...  OUI  NON  
Si oui, préciser :

.....

- Avez-vous déjà passé un SCANNER ?  OUI  NON
- Avez-vous déjà eu une injection de produit de contraste iodé ?  OUI  NON  
(pour un scanner, une arthrographie, une coronarographie ...)
  - Si oui, avez-vous eu une réaction anormale ?  OUI  NON
- Avez-vous un problème d'hyperthyroïdie ?  OUI  NON
- Etes-vous diabétique ?  OUI  NON  
Si oui, précisez quels traitements

.....

- Madame/Mademoiselle, pensez-vous être enceinte ?  OUI  NON
- Avez-vous déjà subi des chirurgies en rapport avec le scanner d'aujourd'hui ?  OUI  NON
- Avez-vous des examens antérieurs (comptes-rendus, CD-Rom) à fournir ?  OUI  NON

Notre centre propose la consultation des résultats et des images en ligne sur le site [www.var-imed.fr](http://www.var-imed.fr)

- Donnez-vous votre consentement afin que le prescripteur de votre examen puisse consulter vos résultats ?  OUI  NON

**Date et signature**