

Avant l'examen de COROSCANNER, merci de répondre attentivement au questionnaire de consentement ci-après :

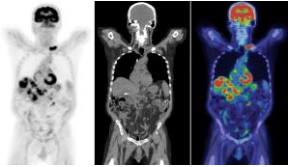
Nom : **Prénom :**

Né(e) le : / / **Poids :** **Kg** **Taille :** **m**

Avez-vous **des allergies (asthme, iode)** ?.....OUI NON

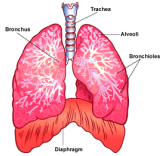
Avez-vous déjà eu une injection de produit de contraste iodée.....OUI NON

Avez-vous eu une réaction particulière lors de cette injection ?.....OUI NON



Avez-vous passé **une scintigraphie ou un PetScan**

(Dans les 3 jours avant l'examen) : OUI NON



Etes-vous tabagique ou avez-vous déjà fumé OUI NON

Si oui nombre de cigarettes consommées...../jour, /paquet

Souffrez-vous d'asthme ou de bronchite chronique OUI NON



Etes-vous porteur d'**une pile cardiaque (pacemaker)** ; Ou d'un **défibrillateur automatique implanté**

(DAI) OUI NON

Souffrez-vous d'hypertension artérielle OUI NON

Si oui avez-vous un traitement et lequel ?



Avez-vous eu une insuffisance rénale connueOUI NON



Avez-vous du cholestérolOUI NON

Etes-vous **diabétique** ?.....OUI NON

Si oui, prenez-vous des **Biguanides**OUI NON

(Glucophage, Stagid, Metformine, Générique...).

Avez-vous un traitement en coursOUI NON

(Bêta-bloquants, thyroïde, anti- inflammatoire, glaucome)



Madame,

Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?OUI NON

Allaitez-vous ?.....OUI NON

Renseignements complémentaires qui vous paraîtraient importants à communiquer et **maladie sérieuse ou infectieuse**

(Hépatite, cancer,...) ou intervention chirurgicale antérieure :

.....

Je déclare avoir pris connaissance des différentes modalités et risques liés à l'examen et donne mon accord pour que l'examen soit réalisé. Je donne mon accord pour que mes données personnelles soient archivées et transmises au corps médical (médecins spécialistes, RCP, médecin traitant...)

Fait à Mougins, le/...../..... Signature