

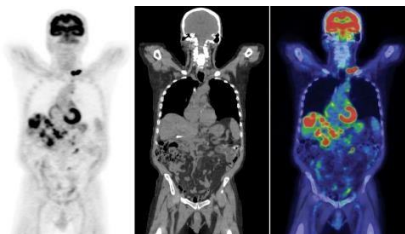
Avant l'examen de SCANNER, merci de répondre attentivement au questionnaire de consentement ci-après :

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 iodé ?.....OUI · NON ·

Si oui avez-vous eu une réaction particulière lors de cet examen ?.....OUI · NON ·



Avez-vous passé **une scintigraphie ou un Petscan** dans les 3 jours avant l'examen ?

.....OUI · NON ·

Avez-vous une **maladie cardiaque, pulmonaire ou rénale**?.....OUI · NON ·



Avez-vous **une pile cardiaque (pacemaker), défibrillateur automatique implanté (DAI)** ?.....OUI · NON ·



Avez-vous une **insuffisance rénale connue** ?.....OUI · NON ·

Avez-vous un traitement en cours (Bêta-bloquants, thyroïde, antiinflammatoire, glaucome)..... OUI · NON ·



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

Si oui, prenez-vous des **Biguanides** (Glucofage, Stagid, Metformine, Générique,...)OUI · NON ·



Madame,

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

Allaitez-vous ?.....OUI · NON ·



Ces dernières 48 heures avez-vous eu les symptômes suivants :

• **De la toux ?**.....OUI · NON ·

• **De la fièvre (frissons, sueur)**.....OUI · NON ·

Avez-vous dans votre entourage proche des cas de COVID ?.....OUI · NON ·

Renseignements complémentaires qui vous paraîtraient importants à communiquer et **maladie sérieuse ou infectieuse (Hépatite, cancer,...) ou intervention chirurgicale antérieure**:.....

GIE MOUGINSCAN - 122, avenue du Dr Maurice Donat BP1250 - 06254 MOUGINS CEDEX

Groupement d'intérêt Economique régi par les articles L.251-1 et L.251-23 du Code du commerce Siret : 512 460 106 00010 Tel : 04 93 90 08 62 Fax : 04 93 90 08 63

Mise à jour le 02/06/2023

Je déclare avoir pris connaissance des différentes modalités et risques liés à l'examen et donne mon accord pour que celui-ci 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 :

Conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux Libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant et d'opposition à leur traitement.