

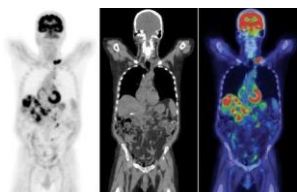
Avant l'examen de SCANNER, merci de répondre attentivement au questionnaire de consentement ci-après :

Nom : **Prénom :** **Né (e) le :** / / **Poids :** kg **Taille :**m

Avez-vous **des allergies (iode, asthme allergique)** ? 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

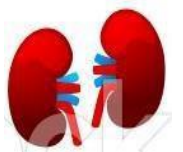


Avez-vous passé une **Scintigraphie ou un Petscan** **3 jour avant l'examen** ? OUI NON

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

Monsieur,

Est-vous suivi pour un adénome de la prostate ? OUI NON



Avez-vous un traitement en cours (Bêta-bloquants, thyroïde, anti-inflammatoires, glaucome) ? OUI NON

Êtes-vous **diabétique** ? OUI NON

Si oui, prenez-vous **des Biguanides** (Glucophage, Stagid, Metformine, Générique, etc...) ? OUI NON

Avez-vous eu ou avez-vous **une maladie sérieuse** (cancer, hépatite, etc.) ? OUI NON

Si oui, laquelle ?

Dans les 3 dernier mois, avez-vous eu **des interventions chirurgicales** ? OUI NON

Si oui, lesquelles ?



Madame, êtes-vous **enceinte ou susceptible de l'être** ? ... OUI NON

Je ne sais pas

Dans ce cas : Avez-vous un moyen de contraception ? OUI NON

Avez-vous le souhait d'une grossesse OUI NON

Quelle est la date de vos dernières règles.....

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 des cas de COVID ? .. OUI NON

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

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 :