

IMAGERIE MEDICALE

RADIOLOGIE - ECHOGRAPHIE - DOPPLER - MAMMOGRAPHIE - SCANNER - IRM - OSTEODENSITOMETRIE

Dr B. CHAUVET - Dr P. GUERIN - Dr V. PAGES - Dr B. TASSIN

☎ 05 46 99 02 52

FAX 05 46 99 96 05

www.radiologierochefort.fr

NOM : Prénom :

Adresse :

Date de naissance : Téléphone :

N° d'immatriculation :

Caisse d'assurance sociale :

Médecin traitant :

L'injection de produit de contraste peut exceptionnellement provoquer une réaction allergique de gravité variable.

N'oubliez pas de signaler aux secrétaires lors de la prise de rendez-vous, et aux personnes qui vous prennent en charge, tout antécédent allergique : iode, gadolinium, médicaments, alimentaires, piqûres d'insectes, allergies respiratoire, cutanée, oculaire, œdème de Quincke entre autres.

En cas d'allergie, d'un certain type de diabète, et de traitement par bêtabloquants, une préparation spécifique vous sera proposée lors de la prise de rendez-vous et peut nécessiter un traitement quelques jours avant l'examen.

*** ENTOURER LA BONNE REPONSE ***

① Avez-vous déjà subi un examen avec injection d'iode ? OUI NON
- Cette injection a-t-elle été suivie d'une réaction ?OUI NON
- Si oui laquelle

② Avez-vous des antécédents allergiques connus ? OUI NON
- alimentaires :OUI NON
- médicamenteux :OUI NON
- asthme, rhume des foies, eczéma, urticaire : OUI NON

③ Etes-vous diabétique ?OUI NON
- Si oui, prenez-vous un de ces médicaments : GLUCINAN
GLUCOPHAGE
GLUCOPHAGE retard
STAGID
METFORMINE

④ Prenez-vous des médicaments pour traiter le cœur ou l'hypertension ?..... OUI NON
Si oui lequel(s)

⑤ Avez-vous une maladie cardiaque ? OUI NON
Si oui, prenez-vous du TICLID ? OUI NON
Avez-vous un pace maker ?OUI NON

⑥ Etes-vous sous anticoagulant ?.....OUI NON
Si oui, prenez-vous de l'HEPARINE ?.....OUI NON

⑦ Avez-vous :
- une insuffisance rénale connue ?.....OUI NON
- une maladie thyroïdienne connue ?.....OUI NON
- antécédents infectieux (HIV, hépatite, tuberculose...)OUI NON
Si oui, lesquels.....

⑧ Y a-t-il un risque de grossesse ?.....OUI NON

⑧ Allaitiez-vous ? OUI NON

⑨ Actuellement, suivez-vous une cure de chimiothérapie ? OUI NON

DATE ET SIGNATURE