

GIE SCANNER Montier La Celle

Tel : 03 25 75 25 25 Fax : 03 25 75 91 18
1 Rue Bernard Lecache – Entrée 3 – 10101 ST ANDRELS VERGERS
Mail : secretariatscanner@aim-radiologie.fr

Radiographie - Echographie - Doppler Couleur - Interventionnel - Scanner - IRM

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Femme Homme Enfant

Nom : Prénom :
Adresse : Ville :
N° de téléphone fixe : Tél mobile
Adresse mail : Médecin traitant.....
Date de naissance : Age Poids (approximatif) : Taille :cm

Antécédents allergiques

Réaction particulière à l'iode oui non

Si oui, quel type de réaction ?

Œdème de Quincke oui non

Antécédents rénaux

Insuffisance rénale oui non

Insuffisance cardiaque oui non

Examen radiologique injecté dans les 48 heures oui non

Chimiothérapie en cours oui non

Diabète ? oui non

Si oui, Traitements ? Lesquels ?

Autres

Patiente susceptible d'être enceinte ? oui non

Allaitement ? oui non

Des problèmes de mobilité (fauteuil, brancard...) oui non

Je soussigné(e) Madame, Monsieur certifie avoir rempli ce questionnaire.

Le

Signature :