



# EXAMEN RADIOLOGIQUE AVEC INJECTION DE PRODUIT DE CONTRASTE

## FORMULAIRE À REMPLIR PAR LE PATIENT AVANT L'INJECTION DU PRODUIT DE CONTRASTE IODÉ

L'examen qui sera réalisé pourrait nécessiter l'utilisation d'un produit de contraste à injecter dans une veine. Afin de choisir le plus approprié, nous vous remercions de répondre aux questions suivantes.

	OUI	NON
Par le passé, avez-vous souffert de réaction(s) allergique(s) ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, laquelle (lesquelles) ? <input type="radio"/> Asthme <input type="radio"/> Eczéma <input type="radio"/> Rhume des foins <input type="radio"/> Urticaire		
Avez-vous déjà manifesté une allergie à un médicament, un aliment ou toute autre substance ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez : .....		
Avez-vous souffert de l'une des affections suivantes ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Antécédents de chirurgie cardiaque <input type="radio"/> Insuffisance cardiaque		
<input type="radio"/> Accident vasculaire cérébral-thrombose <input type="radio"/> Insuffisance rénale		
<input type="radio"/> Diabète sucré <input type="radio"/> Troubles du rythme cardiaque		
<input type="radio"/> Infarctus du myocarde		
Prenez-vous du GLUCOPHAGE ou METFORMINE ou METFORMAX ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà reçu une injection de produit de contraste (IODE) ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, l'avez-vous bien tolérée ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous allergique à l'iode ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Madame, Mademoiselle,**

**Vous allez bénéficier d'un examen radiologique irradiant (utilisant des rayons X).**

**Afin de dépister un éventuel risque de grossesse, nous vous remercions de compléter les questions ci-dessous.**

› Pensez-vous être enceinte ?  **Oui**  **Non**

› Utilisez-vous un moyen contraceptif ?  **Oui**  **Non**

› Si oui, lequel ?  Clips  Implant hormonal  Pilule  Préservatif  Stérilet

› Quelle est la date de début de vos dernières règles ? .....

**Date :** ..... / ..... / .....

**Signature :**

