

Avant votre examen de **SCANNER**, merci de répondre attentivement au questionnaire de consentement ci-après :

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : ..... / ..... / ..... Poids : .....Kg Taille : .....

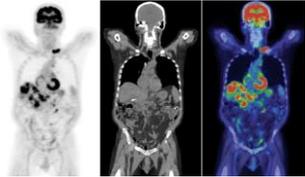
Avez-vous **des allergies** ? OUI  NON

Avez-vous eu une réaction particulière lors d'un examen radiologique ? OUI  NON



Avez-vous eu récemment un examen de l'estomac, l'intestin ou du colon ? OUI  NON

Avez-vous été opéré de la thyroïde ? OUI  NON



Avez-vous passé **une scintigraphie ou un PETSCAN** dans les 3 jours avant l'examen de scanner ? OUI  NON



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

**Allaitez-vous** ? OUI  NON



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

Etes-vous **diabétique** ? OUI  NON

**Si oui**, prenez-vous des **Biguanides** (Glucophage, Stagid, Metformine, ou un générique...) OUI  NON

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

.....  
.....



Avez-vous **une pile cardiaque (pacemaker) ou un défibrillateur automatique implanté (DAI)** ? OUI  NON

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



Avez-vous une **insuffisance rénale connue ou un myélome** ? OUI  NON



**Monsieur,**  
Etes vous suivis pour un **adénome de la prostate** ? OUI  NON

**Je déclare avoir pris connaissance des différentes modalités et risques liés à l'examen et donne mon accord pour que l'examen 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 Grasse, le        /        /        **Signature :**

MAJ du 02/06/2018

Conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux Liberté du 06 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant et d'opposition à leur traitement.

**GIE « GRASCANNER »** - Centre Hospitalier – Chemin de Clavary – 06130 GRASSE - Tel : 04 93 09 00 26 / Fax : 04 93 09 55 51 / Mail : grascanner@orange.fr

Groupement d'Intérêt Economique régi par les articles L 251-1 et L 251-23 du code du commerce - Capital de 14 000 euros – Siret : 393 358 080 00017