Vous pouvez remplir ce formulaire **et le rapporter le jour de l'examen**

radioest
CENTRES D'IMAGERIE MEDICALE
www.radioest.fr

Vous pouvez remplir ce questionnaire en ligne sur
https://radioest.fr/scanner1

Poids		**taille**	

	oui	**non**
Êtes-vous susceptible d'être enceinte ?		
Avez-vous un moyen de contraception ?		
Vos allergies		
Avez-vous déjà passé un examen avec injection de produit iodé (scanner, coronarographie,urographie intra-veineuse) ?		
Cette injection s'est-elle bien passée ?		
Si vous avez eu une réaction ; quelle fût-elle ? :.....		
Si vous avez passé un test chez un allergologue, merci de l'apporter.		
Votre fonction rénale		
Vous a- t-on déjà décelé une insuffisance rénale (sur une prise de sang) ?		
Avez vous un diabète traité ?		
Diabète avec quel traitement ?		
Avez-vous une hypertension artérielle traitée ?		
Prenez-vous des traitements anti-inflammatoires ?		
Êtes-vous atteint d'un myélome ?		
Thyroïde		
Présentez-vous une hyperthyroïdie ?		

Vos antécédents	**oui**	**non**
Tabac		
Tabagisme ; si arrêt, depuis combien de temps :		
asthme		
allergie		
Antécédents cancéreux		
Exposition professionnelle (amiante, silice)		

Vos données personnelles : nous avons l'obligation de stocker vos données d'examens et certaines informations utiles dans la gestion administrative de vos dossiers. Ces données sont entreposées et sauvegardées afin de garantir leur conservation. Vous avez bien sûr le droit de les consulter, de les modifier si nécessaire.
Retrouvez plus d'informations sur le RGPD, sur notre site internet **radioest.fr** et dans nos salles d'attente.

Acceptez-vous la transmission de vos images et compte-rendu dans le cadre de votre suivi médical (à un spécialiste par exemple) et selon des règles de transmission sécurisée (e-mail crypté par exemple) ?

OUI **NON**

Je déclare avoir pris connaissance des informations remises avec ce questionnaire ou celles proposées sur le site **radioest,fr** concernant mon examen ; j'ai personnellement rempli cette fiche et j'accepte la réalisation de l'examen qui m'a été prescrit.
Date :

NOM et Prénom:
Date de naissance :
Signature :