



QUESTIONNAIRE À RAMENER REMPLI AU SERVICE LE JOUR DE VOTRE EXAMEN

NOM :

PRÉNOM :

POIDS :

1. Avez-vous des risques particuliers de saigner ?

Avez-vous une maladie du sang ou des saignements fréquents ou prolongés (du nez par exemple) ?

OUI NON

Prenez-vous un traitement fluidifiant le sang (anticoagulant ou anti-agrégant plaquettaire type Aspirine, Asasantine, Kardegic, Persantine, Plavix, Previscan Sintrom, Solupsan, Ticlid ...), ou tout simplement souvent de l'Aspirine contre le mal de tête ?

OUI NON

Dans ce cas, il sera nécessaire d'arrêter ce traitement avant l'examen : les modalités d'arrêt de ce traitement sont à définir avec votre médecin traitant ou votre cardiologue.

2. Etes-vous allergique ?

à certains médicaments ou pommades, ou êtes-vous asthmatique ?

OUI NON

avez-vous mal toléré un examen radiologique ?

OUI NON

Si oui, vous devez prendre un traitement anti-allergique :

Aérius (1 cp la veille de l'examen et 1 cp deux heures avant l'examen

Célestène 2 mg (2 cp deux heures avant l'examen).

Vous pouvez vous faire prescrire ce traitement par votre médecin traitant.

3. Avez-vous eu récemment une infection (fièvre, mal de gorge) ou des soins dentaires ?

OUI NON

4. Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? Allaitiez-vous ?

OUI NON

D'une manière générale, n'hésitez pas à fournir tout renseignement qui vous paraîtrait important à communiquer et à nous informer de toute maladie sérieuse.

Merci de votre attention,

DATE :

SIGNATURE :

Produit utilisé / N° de lot :