



## Questionnaire tomodensitométrie (TDM, CT-scan)

Chère patiente, cher patient,

Veuillez remplir consciencieusement le présent questionnaire.

Si vous avez des questions ou des doutes, n'hésitez pas à contacter notre équipe.

<b>Nom :</b> _____ <b>Prénom :</b> _____ <b>Date de naissance :</b> _____			
<b>Avez-vous déjà fait un examen de TDM ?</b>	Dans quel centre de radiologie ? _____	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	De quelle partie du corps ? _____		
	A-t-on injecté une substance de contraste dans une veine ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	L'avez-vous bien supporté ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Avez-vous ...</b>	déjà eu une réaction allergique à une substance de contraste pour une radiographie ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	d'autres allergies ? → Si oui, lesquelles ? _____	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	une intolérance aux médicaments ? → Si oui, lesquels ? _____	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Souffrez-vous ...</b>	d'une affection rénale ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	d'asthme bronchique ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	d'une bronchite chronique ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	d'une autre affection touchant les poumons ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	d'une maladie cardiaque sévère ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	d'une maladie sévère des vaisseaux sanguins ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	d'une hyperthyroïdie ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	d'une autre maladie touchant la thyroïde ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Suivez-vous actuellement ...</b>	de diabète ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	une chimiothérapie ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	un traitement médicamenteux contre le diabète ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Pour les femmes</b>	Êtes-vous enceinte ou y a-t-il la possibilité d'une grossesse ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	Allaitez-vous actuellement ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Votre taille :</b> _____ cm <b>Votre poids :</b> _____ kg			

Par la présente, je confirme avoir pris acte des informations et avoir répondu aux questions susmentionnées conformément à la vérité. Par ma signature, je donne l'accord pour l'examen.

**Date :** \_\_\_\_\_

**Signature :** \_\_\_\_\_