



QUESTIONNAIRE D'EXAMEN : TOMODENSITOMÉTRIE (SCAN)

POUR UN RENDEZ-VOUS POUR UN SCAN, VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE

- 1- Avez-vous plus de 70 ans ? OUI _____ NON _____
- 2- Avez-vous une maladie cardiaque ? OUI _____ NON _____
- 3- Avez-vous une maladie aux reins ? OUI _____ NON _____
- 4- Êtes-vous suivi en dialyse ? OUI _____ NON _____
- 5- Faites-vous du diabète ? OUI _____ NON _____
- 6- Êtes-vous sous traitement de chimiothérapie, anticoagulants ou diurétiques ?
OUI _____ NON _____

*Si vous avez répondu **oui** à une des questions **ci-dessus**, vous devez faire une prise de sang pour dosage de la créatinine.*

- 7- Quel est votre poids ? _____
- 8- Êtes-vous allergique à l'iode ? OUI _____ NON _____
si OUI, quel type de réaction _____
- 9- Avez-vous une prescription de prise de sang pour dosage de votre créatinine ?
OUI _____ NON _____

Signature du médecin

Date

Signature du patient