

POLYCLINIQUE DU GRAND SUD

SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE Tél. : 04.66.04.31.83

*Radiologie Numérisée et Conventionnelle – Mammographie – Radiologie Interventionnelle
Echographie – Doppler Couleur – Scanner – IRM – Densitométrie osseuse*

Dr BELLAHSENE M.
Dr PELOFI J-Y.

Dr TOURNON N.
Dr PELLEGRIN B.

Dr BOUVIER Y.
Dr HOUSSARD J-P.

Dr EYNIUS F.
Dr COURTES-PELLAS S.

Questionnaire à remplir avant une injection de PRODUITS DE CONTRASTE IODES lors d'un examen radiologique

Date :
Médecin Prescripteur :

Nom, Prénom :

Date de naissance :

Grossesse, ou de risque de grossesse
débutante : NON OUI
Retard de règles : NON OUI

ANTECEDENTS ALLERGIQUES CONNUS

ALLERGIE A L'IODE : NON OUI
Allergie aux antiseptiques iodés (teinture d'iode, Bétadine, etc.) NON OUI
Allergie, ou réaction anormale lors d'un examen antérieur avec injection d'iode ou préparation (Scanner avec injection intra-veineuse, Urographie intra-veineuse, Cystographie, Arthrographie, Lavement, Hystérogaphie, etc.) NON OUI

OEDEME DE QUINCKE NON OUI

Cause :

ASTHME NON OUI

Traitement actuel :

Rhinite allergique,

Rhume des foins : NON OUI

Cause(s) :

Traitement actuel :

Allergies alimentaires : NON OUI

(Fruits de mer, poisson, fraises, etc.) :

Allergies médicamenteuses : NON OUI
Le(s)quel(s) :

Allergie lors d'une anesthésie locale :
(Xylocaine, dentiste, etc.) NON OUI

Allergies aux Piqûres d'insectes :
(Guêpes, abeilles, araignées...) NON OUI

Autres allergies :
.....

ANTECEDENTS DERMATOLOGIQUES

Eczéma : NON OUI
Urticaire : NON OUI

ANTECEDENTS MEDICAUX

Insuffisance cardiaque : NON OUI
Si oui, indiquer le traitement :
.....

Insuffisance rénale,
Maladie des reins : NON OUI

Créatinimie :

Urémie :

Maladie de la Thyroïde NON OUI
(Hyperthyroïdie, nodule autonome...)

Diabète : NON OUI

- Traitement par l'insuline : NON OUI

- Traitement par la Metformine et ses dérivés : *Glucophage, Glucinan, Metfirex, Metformine Biogaran, Stagid, Eddia Gé, Glymax, etc. :* NON OUI

Signature :