

Questionnaire Scanner

À amener le jour de l'examen

NOM ET PRENOM :

DATE ET HEURE DE RDV :

TAILLE : POIDS :

1. Cas particuliers

- | | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| → Avez-vous déjà passé un examen radiologique avec injection de produit de contraste iodé (scanner injecté)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → L'injection s'est-elle bien passée?
Si non, quel a été le problème?

_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Avez-vous consulté un allergologue suite à ce problème? Si oui, merci de ramener les résultats de ce test. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Avez-vous subi un geste endovasculaire ou une injection de produit de contraste iodé la semaine précédant votre examen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Madame, êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



**Si oui à l'une de ces questions
Contactez- nous au :**
03 87 76 33 34

2. Informations

(Si une injection est prévue, et si oui à l'une de ces questions, amener un résultat de créatinine)

Avez-vous des antécédents de :

- | | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| → Pathologie rénale?
Si oui, la(les)quelle(s) :
_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → D'hypertension artérielle? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → De diabète? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → De myélome? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Pathologie Hyper thyroïdienne?
Si oui, laquelle? Quel traitement?
_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Covid

- | | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| → Ces dernières 48h, avez-vous ressenti l'un de ces symptômes? | | |
| → Toux? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Difficulté respiratoire? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Fièvre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Perte d'odorat ou de goût? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Diarrhée? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Fatigue inhabituelle? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Avez-vous eu récemment un test Covid positif? Date ? <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Êtes-vous cas contact? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui à l'une des questions ci-dessus, contactez- nous au :
03 87 76 33 34 | | |
| → Avez-vous une vaccination Covid complète? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dernière injection le? <input type="text"/> | | |

4. Vos données personnelles de santé

- | | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| → Je déclare avoir compris les informations qui m'ont été fournies concernant mes données personnelles de santé. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → J'accepte que les images de mon examen et mon compte-rendu d'examen soient communiqués à un autre médecin en charge de mon suivi médical si celui-ci en fait la demande, et je comprends que mon suivi médical pourrait être impacté si je n'accepte pas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

En signant, je certifie avoir répondu exactement aux questions posées et avoir compris les informations qui m'ont été données.

Date :

Signature :

TOURNEZ LA PAGE

Informations Scanner

A lire
IMPERATIVEMENT

1. A apporter pour l'examen INDISPENSABLE



- Demande d'examen
- Questionnaire rempli ENTIEREMENT
- Les anciens examens d'imagerie en rapport avec votre pathologie
- Vos résultats d'analyse sanguine (si cela vous a été demandé)



- Le produit de contraste (s'il vous a été prescrit)
- Carte vitale à jour, papiers administratifs (CMU, AME, AT...)
- Un moyen de paiement

2. Déroulement de l'examen

- GESTES BARRIERES : que vous soyez vacciné(e) ou non : Port du masque obligatoire au sein de nos locaux, pas d'accompagnant, sauf si nécessaire.
- Soyez à jeun 3h avant un examen injecté (vous pouvez prendre vos médicaments, et boire de l'eau).
- Nous utilisons des rayons X : l'irradiation est contrôlée et limitée au strict nécessaire sur la zone étudiée.
- L'examen dure entre 5 et 15 minutes, vous serez allongé, et ferez plusieurs passages dans un anneau de large diamètre, dans lequel vous ne serez pas enfermé.
- Selon l'examen, une préparation particulière pourra vous être demandée (boire de l'eau, lavement pour un coloscanner...) et un produit de contraste pourrait vous être injecté si nécessaire pour un meilleur diagnostic : acte courant et indolore, la quantité adaptée vous sera administrée, elle est très bien tolérée dans l'immense majorité des cas
- Nous pouvons communiquer avec vous et vous voir.
- Votre coopération est primordiale, notamment si l'on vous demande de gonfler les poumons et d'arrêter de respirer.
- Indiquez nous toute information qui vous semble utile, et n'hésitez pas à nous faire part de vos questions, ou à nous signaler tout événement qui vous semble anormal.
- Nous vous donnons votre dossier à l'issue de l'examen (CD et support papier). Pour limiter votre attente, vous pouvez récupérer votre compte-rendu sur internet avec vos identifiants, précisez-le à la secrétaire à votre arrivée.

<https://imagerie-saint-thiebault.fr>

3. Principaux risques

Utilisation de rayons X

- Il existe un risque en cas de grossesse, et principalement lors des 3 premiers mois (embryogénèse). Prévenez-nous si vous êtes susceptible d'être enceinte.
- Lorsque vous êtes amenés à effectuer un nombre important de scanner, notamment pour un suivi, veuillez nous l'indiquer.

Injection de produit de contraste iodé

- Acte courant et indolore, pour de nombreux examens afin de faciliter le diagnostic, bien toléré dans l'immense majorité des cas.
- La quantité adaptée vous sera administrée, en fonction de votre état de santé. Nous vérifierons ensemble les informations nécessaires avant l'examen.
- Régulièrement : sensation de chaleur, goût métallique dans la bouche, hématome au point de ponction
- Rarement : nausées à l'injection
- Très rarement : Allergie modérée (rougeurs, boutons), extravasation.
- Exceptionnel : Réaction importante pouvant nécessiter un traitement d'urgence ou une hospitalisation : allergie grave, insuffisance rénale aiguë (chez les patients porteurs d'insuffisance rénale sévère) : d'où la nécessité de nous informer d'une insuffisance rénale chronique...

Afin de réduire ces risques, veuillez compléter attentivement le questionnaire fourni.

4. Vos données personnelles

- Nous sommes tenus légalement de conserver certaines de vos données sur nos serveurs sécurisés : Administratives, civiles, documents de santé, images... Bien sûr, vous disposez d'un droit d'accès à celles-ci.
- Seules les personnes de notre équipe, qui y sont habilitées y ont accès, **nous ne communiquons aucune de vos données, sauf au médecin prescripteur** : envoi automatique de votre compte-rendu par messagerie cryptée sécurisée (Apicrypt).
- D'autres médecins peuvent être amenés à nous demander vos images ou compte-rendus, dans le cadre de votre suivi médical, mais votre accord nous sera nécessaire pour pouvoir lui transmettre.