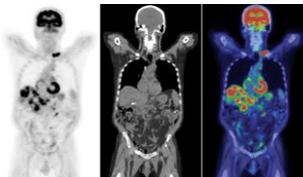


**Avant votre examen de SCANNER, merci de répondre attentivement au questionnaire de consentement ci-après :**

**Nom :** ..... **Prénom :** ..... **Né (e) le :** ..... / ..... / ..... **Poids :** .....Kg **Taille :** .....

Avez-vous des allergies ? Oui  Non

Avez-vous eu une réaction particulière lors d'un examen radiologique ? Oui  Non



Avez-vous passé une **scintigraphie** ou un **Petscan**  
Dans les 3 jours avant l'examen ? Oui  Non



**Madame,**

**Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?** Oui  Non

**Allaitiez-vous ?** Oui  Non



**Avez-vous contracté la COVID-19 ?** Oui  Non

**Si oui,** à quelle date votre test a été positif ? .....

Avez-vous un traitement en cours (Bêta-bloquants, thyroïde, anti-inflammatoire, glaucome) ? Oui  Non



Etes-vous **diabétique** ? Oui  Non

**Si oui,** prenez-vous des **biguanides**

(Glucophage, Stagid, Metformine, ou un générique...) Oui  Non



Avez-vous une **pile cardiaque** (pacemaker) ou un **défibrillateur automatique implanté (DAI) ?** Oui  Non

Avez-vous une **maladie cardiaque, pulmonaire ou rénale ?** Oui  Non



Avez-vous une **insuffisance rénale connue ou un myelome ?**

Oui  Non



**Monsieur,**

Etes-vous suivi pour un **adénome de la prostate ?** Oui  Non

**Ces dernières 48 heures, avez-vous eu les symptômes suivants :**

De la toux ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Des courbatures ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
De la fièvre (frissons, sueurs ?)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Des difficultés à respirer ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Une perte de goût ou de l'odorat ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Une diarrhée ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Avez-vous dans votre entourage proche des cas de COVID ?

**Renseignements complémentaires** qui vous paraîtraient importants à communiquer et **maladie sérieuse (Hépatite, VIH, Cancer....) ou intervention chirurgicale antérieure :** .....

**Je déclare avoir pris connaissance des différentes modalités et risques liés à l'examen et donne mon accord pour que l'examen soit réalisé.**

**Je donne mon accord pour que mes données personnelles soient archivées et transmises au corps médical (Médecins specialists, RCP, médecin traitant...)**

**Fait à Grasse, le** / / **Signature :**

MAJ 20/09/2021

Conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux Liberté du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant et d'opposition à leur traitement.



**GIE « GRASCANNER »** - Centre Hospitalier - Chemin de Clavary - 06130 GRASSE - Tel : 04 93 09 00 26 / Fax : 04 93 09 55 51 / Mail : direction@grascanner.fr

Groupement d'Intérêt Economique régi par les articles L 251-1 et L 251-23 du code du commerce - Capital de 14 000 euros - Siret : 393 358 080 00017