|  |  |
| --- | --- |
| Centre d’imagerie médicale  260 boulevard de la République  40 000 Mont de Marsan  tél :05 58 06 01 02 / fax : 05 58 06 16 69 | Questionnaire avant injection de produit de contraste iodé |
| |  | | --- | | **Madame, Monsieur**  **Nom :**  **Prénom :**  **Age :**  **Poids :**  **Date de l’examen :** | |

***QUESTIONNAIRE OBLIGATOIRE POUR TOUTE INJECTION DE PRODUIT IODÉ***

Madame,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Etes-vous susceptible d’être enceinte ? | oui | non |

Etes-vous allergique ? Merci d’entourer la bonne réponse

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IODE | oui | non |
| POLLEN | oui | non |
| POILS DE CHAT | oui | non |
| MEDICAMENTS **(antibiotiques, anti-inflammatoires,**  **pénicilline, autre)** | oui | non |
| VACCINS | oui | non |
| POISSON-CRUSTACES-FRAISES-OEUFS | oui | non |
| PIQURE DE GUEPES OU ABEILLES | oui | non |
| AUTRES PRODUITS | oui | non |

Faites-vous de ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ASTHME | oui | non |
| URTICAIRE | oui | non |
| ECZEMA | oui | non |
| OEDEME DE QUINCKE | oui | non |
| RHUME DES FOINS | oui | non |

Si un (ou plusieurs) « oui » est (sont) entouré(s), une **prémédication** est nécessaire. Veuillez nous contacter.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Avez-vous du diabète ? | oui | non |
| Pour les diabétiques et uniquement en cas d’injection intra-veineuse de produit de contraste iodé (scanner, urographie intra-veineuse…) et si vous prenez un médicament hypoglycémiant contenant de la Metformine (AVANDAMET, GLUCOPHAGE, GLUCOSULFA, METFORMINE, GLUCINAN, STAGID,EDDIA GE, GLYMAX, METFIREX et DIABIPHAGE) | ARRETER LE TRAITEMENT **24 h avant** l’examen et LE REPRENDRE **48 heures après** l’examen. (après avis de votre médecin traitant). Dans tous les cas, boire normalement. | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Etes-vous sous Bêta-bloquant ? | oui | non |
| Avez-vous une insuffisance rénale ? | oui | non |
| Si vous avez plus de 60 ans ou des risques d’insuffisance rénale | Un **bilan biologique** sera à réaliser AVANT l’examen | |