|  |  |
| --- | --- |
| Cabinet de Radiologie  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 gadolinium |
| |  | | --- | | **Madame, Monsieur**  **Nom :**  **Prénom :**  **Age :**  **Poids :**  **Date de l’examen :** | |

***QUESTIONNAIRE OBLIGATOIRE POUR TOUTE INJECTION DE GADOLINIUM***

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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | |