

Monsieur

Madame

Date de naissance :

Nom : Prénom :

Questionnaire sécurité avant examen scanner (CT)

Poids : kg	Taille :cm	
Avez-vous déjà effectué un scanner ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous déjà eu une injection de produit de contraste ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous des allergies ?		
– Produits iodés ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON – Autres ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, lesquelles :		
Souffrez-vous d'insuffisance rénale ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Etes-vous diabétique ? Si oui, quel médicament prenez-vous :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Souffrez-vous de maladie(s) chronique(s) ? Si oui, lesquelles :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Souffrez-vous d'une pathologie thyroïdienne ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Prenez-vous des médicaments : Anticoagulants/antiagrégants <input type="checkbox"/> Pour une hyperthyroïdie <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>		

POUR LES FEMMES :

Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Date des dernières règles :		
Allaitiez-vous ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Votre médecin traitant vous a proposé un examen radiologique. Il sera pratiqué avec votre consentement, vous avez la liberté de l'accepter ou de le refuser. Les informations concernant le déroulement de cet examen et de ses suites vous seront fournies par nos médecins radiologues et/ou nos techniciens en radiologie. Les médecins radiologues de **RIVE DROITE SA – CENTRE D'IMAGERIE ET RIVE GAUCHE – CENTRE D'IMAGERIE** sont qualifiés pour juger de l'utilité de cet examen et peuvent décider de changer de technique en fonction de l'indication.

Conformément à la Loi sur la Protection des Données, les images et rapports médicaux réalisés dans nos centres sont transmis au médecin prescripteur de l'examen et autres professionnels de santé mentionnés sur la feuille de prescription. Les hôpitaux, médecins traitants ou spécialistes peuvent parfois demander des images et/ou des résultats d'examens réalisés dans nos centres.

Par votre signature :

- Vous acceptez que les images et les rapports médicaux nécessaires et pertinents à l'établissement du diagnostic leur soient transmis lorsque vous êtes en traitement auprès d'eux.
- Vous acceptez que **RIVE DROITE SA – CENTRE D'IMAGERIE ET RIVE GAUCHE – CENTRE D'IMAGERIE** puissent demander d'anciennes images ou rapports nécessaires et pertinents à l'établissement du diagnostic relatif aux examens réalisés dans nos centres.
- Vous acceptez que vos images radiologiques puissent être utilisées de manière anonymisée dans un but de formation ou de recherche. Vous pouvez faire valoir votre droit de rétractation en tout temps en écrivant à l'adresse mail : cgavaggio@cird.ch

Date :

Signature :