

# Questionnaire Scanner

À amener le jour  
de l'examen

**NOM ET PRENOM :**

**DATE ET HEURE DE RDV :**

**TAILLE :** \_\_\_\_\_ **POIDS:** \_\_\_\_\_

## 1. Antécédents

- Avez-vous déjà passé un examen radiologique avec injection de produit de contraste iodé (scanner injecté)?
- L'injection s'est-elle bien passée? Si non, quel a été le problème?  
\_\_\_\_\_
- Avez-vous consulté un allergologue suite à ce problème? **Si oui, merci de ramener les résultats de ce test.**
- Avez-vous subi un geste endovasculaire ou une injection de produit de contraste iodé la semaine précédent votre examen?
- Madame, êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être?

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2. Pathologies

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

**Avez-vous des antécédents de :**

- Pathologie rénale?  
Si oui, la(les)quelle(s) : \_\_\_\_\_
- D'hypertension artérielle?
- De diabète?
- De myélome?
- Pathologie **Hyper**thyroïdienne? Si oui, laquelle? Quel traitement?  
\_\_\_\_\_

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 3. Covid

- Avez-vous eu un test PCR ou antigénique positif? Si oui à quelle date? \_\_\_\_\_
- Avez-vous une vaccination complète contre la Covid 19?  
Date vaccination complète : \_\_\_\_\_
- Ces dernières 48h, avez-vous ressenti l'un des symptômes suivants?
  - Toux, difficulté respiratoire?
  - Fièvre
  - Perte d'odorat ou de goût
  - Diarrhée
  - Fatigue inhabituelle?
- Etes-vous cas contact?

**Si OUI à une de ces questions appelez le**

**03 87 76 33 34**



OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 4. Vos données personnelles de santé

- Je déclare avoir compris les informations concernant mes données personnelles.
- 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.

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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 :**

# Informations Scanner

## A lire IMPERATIVEMENT

### 1. Apporter le jour de l'examen (INDISPENSABLE)



- Votre demande d'examen
- Le questionnaire
- 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

- **Les gestes barrière sont à respecter scrupuleusement, 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...)
- Nous pouvons communiquer avec vous grâce à un micro et nous pouvons 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 évènement 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 :

<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.
- **Effets courants** : 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.