



## QUESTIONNAIRE À RAMENER REMPLI AU SERVICE LE JOUR DE VOTRE EXAMEN

---

**NOM :**

**PRÉNOM :**

**POIDS :**

---

### 1. Avez-vous des risques particuliers de saigner ?

Avez-vous une maladie du sang ou des saignements fréquents ou prolongés (du nez par exemple) ?

OUI       NON

Prenez-vous un traitement fluidifiant le sang (anticoagulant ou anti-agrégant plaquettaire type Aspirine, Asasantine, Kardegic, Persantine, Plavix, Previscan Sintrom, Solupsan, Ticlid ...), ou tout simplement souvent de l'Aspirine contre le mal de tête ?

OUI       NON

**Dans ce cas, il sera nécessaire d'arrêter ce traitement avant l'examen : les modalités d'arrêt de ce traitement sont à définir avec votre médecin traitant ou votre cardiologue.**

### 2. Etes-vous allergique ?

à certains médicaments ou pommades, ou êtes-vous asthmatique ?

OUI       NON

avez-vous mal toléré un examen radiologique ?

OUI       NON

### 3. Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? Allaitiez-vous ?

OUI       NON

### 4. Etes-vous diabétique ?

OUI       NON

Si oui, quel est votre traitement ? (l'injection est susceptible de modifier l'équilibre glycémique)

D'une manière générale, n'hésitez pas à fournir tout renseignement qui vous paraîtrait important à communiquer et à nous informer de toute maladie sérieuse.

Merci de votre attention,

**DATE :**

**SIGNATURE :**