



Pôle de Santé Privé  
Diaconat - Centre Alsace

## Questionnaire demande Scanner Consultations externes

Réf : DPA/FOR/DME/271  
Version : 1.0  
Etat : Applicable  
Mise en application :  
14/11/2022

Nom : ..... Date de naissance : .....

Nom de naissance : ..... Poids : .....

Prénom : ..... Taille : .....

Adresse : ..... Ville : .....

Téléphone fixe / port : .....

Adresse mail : .....

### ***Avant l'examen, répondez attentivement aux questions suivantes :***

- Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes d'allergie (asthme par ex), une réaction particulière lors d'un examen radiologique ?  oui  non
- Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? allaitez-vous ?  oui  non
- Date des dernières règles :

### ***Si vous avez moins de 60 ans :***

- Avez-vous une pathologie rénale :  oui  non
- Insuffisance rénale aigüe ou chronique, antécédent de chirurgie rénale, protéinurie, pathologie pouvant être associée : ex : lupus ...
- Avez-vous une hypertension artérielle ?  oui  non
- Etes-vous diabétique ?  oui  non
- Avez-vous compris ces questions ?  oui  non

**Signature du patient:**