

## Questionnaire de santé cardio CT: à compléter avant votre examen

<p><b>VOS DONNEES PERSONNELLES</b></p> <p>Nom &amp; prénom: .....</p> <p>Date de naissance: .....</p> <p>Poids: ..... Taille: .....</p>	<p><b>NOM &amp; SIGNATURE MEMBRE DU PERSONNEL SOIGNANT</b></p>   <p>Date: ..... / ..... / 20 .....</p>
---	---

1. Etes-vous à jeun ?  Oui  Non
2. Avez-vous déjà eu un coro scanner ou angio scanner ? S'est-il bien passé ?  Oui  Non
3. Portez-vous un pacemaker ?  Oui  Non
4. Avez-vous une allergie à certains produits ou médicaments, ... ?  Oui  Non  
Si oui, le(s)quel(s) ? .....
5. Savez-vous avoir des contra-indications pour des agents béabloquants ?  Oui  Non
6. Savez-vous avoir des contra-indications pour des dérivés nitrés ?  Oui  Non
7. Êtes-vous (ou pourriez-vous être) enceinte ou allaitez-vous ?  Oui  Non
8. Souffrez-vous de problèmes rénaux graves ?  Oui  Non
9. Souffrez-vous d'une affection cardiaque ?  Oui  Non
10. Avez-vous eu récemment un infarctus du myocarde ou un infarctus cérébral ?  Oui  Non
11. Vous a-t-on injecté un produit de contraste pour un examen dans le passé ?  Oui  Non  
Si oui, pour quel examen ? .....  
Avez-vous souffert d'effets secondaires ou de réactions allergiques ou d'autres problèmes ?  Oui  Non  
Si oui, lesquels ? .....
12. Souffrez-vous de l'asthme ou êtes-vous un patient BPCO ?  Oui  Non
13. Avez-vous pris des médicaments ce matin ?  Oui  Non  
Si oui, lesquels ? .....
14. Avez-vous pris des médicaments pour la dysfonction érectile pendant les 24 dernières heures?  Oui  Non  
(Viagra, Cialis, Levitra)?
15. Avez-vous fumé ou bu du café ou du thé pendant les 24 dernières heures ?  Oui  Non
16. Etes-vous diabétique ?  Oui  Non  
Prenez-vous des médicaments pour le diabète ?  Oui  Non  
Si oui, par voie orale ou par injection ? .....  Oui  Non  
Utilisez-vous un sensor flash pour contrôler votre glycémie ?  Oui  Non
17. Avez-vous d'autres remarques importantes sur votre santé ?  Oui  Non  
Si oui, lesquels ? .....

**(1) J'atteste avoir reçu des informations claires concernant la procédure et ses risques.**

**(2) Je donne mon consentement pour cet examen concernant  moi-même ou  mon enfant**

**Signature :**

**VEUILLEZ ENLEVER DES SPARADRAPS AINSI QUE LES PATCH HORMONALE, NICOTINE, ANTIDOULEUR AVANT L'EXAMEN**

