RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES AVANT VOTRE EXAMEN

NOM : **PRENOM :**

Rendez vous Le à

1. AVEZ VOUS UNE INSUFFISANCE RENALE ?

☐OUI ☐ NON ☐ NE SAIT PAS

2. Pour l'examen UROGRAPHIE INTRAVEINEUSE (UIV) uniquement :
Disposez vous d'un **bilan sanguin datant de moins de 3 mois avec dosage de la créatinémie** ? Obligatoire pour les personnes de **plus de 65ans**

☐ OUI ☐ NON

3. ETES-VOUS DIABETIQUE ?

☐OUI ☐ NON

Traitement en cours :

……

4. ETES VOUS ALLERGIQUE OU AVEZ-VOUS DES ANTECEDENTS ALLERGIQUES :

☐OUI ☐ NON ☐ NE SAIT PAS

Si vous avez répondu OUI, *précisez l'allergie* ***:***

☐ IODE ☐ MEDICAMENTS
☐ ASTHME ☐ RHUME DES FOINS ☐ AUTRES :

5. ETES VOUS ENCEINTE OU AVEZ-VOUS UN RETARD DE REGLES ?

☐ OUI ☐ NON

Si vous répondez ***OUI*** *à une des questions, il est nécessaire de* ***nous contacter***

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 nous **fournir le jour de l'examen la liste des médicaments** que vous prenez **.**
.....
.....

Il est normal que vous vous posiez des questions sur l'examen que vous êtes amené à passer. Nous espérons y avoir répondu. N'hésitez pas à nous interroger à nouveau pour tout renseignement complémentaire.
J'ai bien pris connaissance de la fiche d'information de cet examen.

SIGNATURE DES PARENTS : **DATE ET SIGNATURE** DU PATIENT :
(pour les enfants mineurs)

Partie réservée au service :
Produit injecté : N° de lot : Examen :