

## CONSENTEMENT ECLAIRE

(dans le cas d'un scanner avec injection de produit de contraste)

---

Ce document est également téléchargeable et imprimable  
à partir du site internet du CH :

[www.ch-lequesnoy.fr](http://www.ch-lequesnoy.fr)



Centre hospitalier  
*Le Quesnoy*

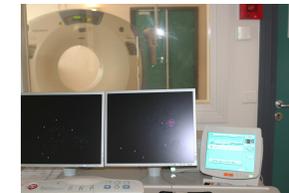
90 rue du 8 mai 1945  
59530 LE QUESNOY

☎ 03.27.14.86.14

☎ 03.27.14.86.59

✉ [direction@ch-lequesnoy.fr](mailto:direction@ch-lequesnoy.fr)

🌐 [www.ch-lequesnoy.fr](http://www.ch-lequesnoy.fr)



**Répondez attentivement aux questions suivantes :**

Avez-vous déjà fait un scanner avec injection de produit de contraste ?

Oui  Non

→ Si « oui » avez-vous eu une réaction allergique (urticaire, difficultés respiratoires, œdème de Quincke ... ) ?

Oui  Non

Avez-vous plus de 65 ans ?

Oui  Non

Avez-vous un terrain allergique (asthme, rhume des foins... ) ?

Oui  Non

Etes-vous insuffisant cardiaque ?

Oui  Non

Etes-vous hypertendu ?

Oui  Non

Avez-vous une maladie rénale chronique ?

Oui  Non

Etes-vous diabétique ?

Oui  Non

→ Si oui, prenez-vous des anti-diabétiques oraux de la classe des Biguanides (Stagid® Avandamet® Glucinan® Glucophage® Glucophage retard® Metformine® Biogaran® Glucovance®) ou tout autre générique contenant de la Metformine ?

Oui  Non

Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?

Oui  Non

D'une manière générale, n'hésitez pas à fournir tout renseignement qui vous paraîtrait important concernant votre état de santé.

**Je soussigné(e), ....., certifie avoir pris connaissance des recommandations concernant l'examen scanographique et des risques décrits dans la brochure d'information qui m'a été remise\* et être consentant(e) à sa réalisation.**

**Lu et approuvé** \_\_\_\_\_ **le** \_\_\_\_\_

**Signature :** \_\_\_\_\_

\* brochure d'information

