

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans votre dossier médical. Elles sont conservées selon la réglementation en vigueur. Seules les personnes vous prenant en charge et appartenant à l'équipe de soin y auront accès.

Vous pouvez à tout moment retirer votre consentement. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez nous contacter : [dpo@ch-lequesnoy.fr](mailto:dpo@ch-lequesnoy.fr)

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

## 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)



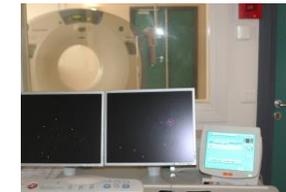
90 rue du 8 mai 1945  
59530 LE QUESNOY

☎ 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 à base d'iode ?

Oui  Non

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

Oui  Non

Avez-vous plus de 60 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



IMPRESS V5  
2023-05

**INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS  
MÉDICALES AVANT LA RÉALISATION D'UN  
SCANNER (TOMODENSITOMÉTRIE) AVEC  
INJECTION DE PRODUIT DE CONTRASTE**

Madame, Monsieur,  
Vous allez bénéficier d'un scanner avec injection de produit de contraste, il sera pratiqué avec votre consentement. Vous avez la liberté de l'accepter ou de le refuser. Une information vous est fournie sur la préparation, le déroulement et les suites de cet examen.  
Afin que vous soyez clairement informé(e) du déroulement de cet examen, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Le Radiologue et le personnel paramédical sont à votre disposition pour vous exposer en complément toute autre précision que vous souhaitez.

