

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

Si vous estimez, après nous avoir contacté, 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



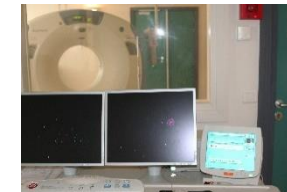
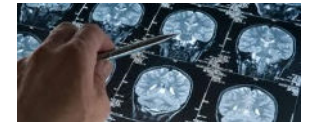
90 rue du 8 mai 1945
59530 LE QUESNOY

☎ 03.27.14.86.14

☎ 03.27.14.86.59

✉ direction@ch-lequesnoy.fr

💻 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

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

Avez-vous une hyperthyroïdie non traitée/non équilibrée ?

☐ 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

