

**DEMANDE D'INJECTION DE PRODUIT DE CONTRASTE IODE**

dans le cadre d'une TEP/TDM

**A ENVOYER PAR FAX au 01 64 14 30 11**

<b><u>Médecin Demandeur</u></b>
Nom : _____
Cachet du prescripteur

<b><u>Patient</u></b>
Nom : _____
Prénom : _____
Date de Naissance : _____
Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H
Poids : _____ kg
<b>Créatininémie</b> : _____ $\mu\text{mol/L}$

**1)Facteurs de risque d'une réaction d'hypersensibilité de type immédiat :**

Hypersensibilité Allergique

<b>Antécédent de Réaction d'Hypersensibilité Allergique Immédiate</b>
---

- |                              |
|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui |

Hypersensibilité Non Allergique

- |        |                              |                              |
|--------|------------------------------|------------------------------|
| Asthme | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Atopie | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |

**2)Diabète :**

- Non
- Oui traitement : -biguanides ? (Glucophage®, Stagid®, Glucinan®...)  Oui  Non
- autre ? \_\_\_\_\_

**3)Insuffisance rénale :**  Non  Oui

**4)HTA :**  Non  Oui

**5)Date de la dernière TDM avec injection de produit de contraste :** \_\_\_\_\_

**6)Traitement Médicamenteux :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_