

QUESTIONNAIRE AVANT EXAMEN D'IMAGERIE

Nom : **Prénom :** **Date de Naissance :**

Afin d'adapter au mieux votre prise en charge, et pour mieux vous orienter, merci de répondre au questionnaire 72h00 avant votre examen d'Imagerie.

Possédez-vous le schéma vaccinal complet contre la COVID 19 ?

oui non

Si non, Avez-vous contracté la COVID 19 au cours des six derniers mois ?

oui non

Interrogatoire sur votre état de santé actuel :

Ces dernières 48 heures, avez-vous :

- De la toux ? oui non
- Des courbatures ? oui non
- De la fièvre (frisson, sueur) ? oui non
- Des difficultés à respirer ? oui non
- Une perte de goût ou de l'odorat ? oui non
- Une diarrhée ? oui non

Si vous avez répondu OUI à l'une des questions sur votre état de santé, merci de contacter au plus vite le service de radiologie (tel/mail). Le radiologue évaluera s'il est préférable de réaliser l'examen le jour même ou de le décaler

Qui est votre médecin traitant ?

J'atteste sur l'honneur avoir répondu à ce questionnaire de façon sincère.

Mention manuscrite : « lu et approuvé »

Signature :