| F  | 1                   |                       |                                 |
|--|---------------------|-----------------------|---------------------------------|
| SCANNER  | Anglais             | Englis                | h English                       |
| Vous allez passer un scanner.  You need to have :  | a scan              |                       |                                 |
| Il faudra retirer tout objet métallique (appareils denta<br>You need to remove your dentures and hearing   |                     |                       |                                 |
| Une perfusion va vous être posée pour injecter un pr<br>L'injection de ce produit de contraste peut donner u<br>We will inject you with intravenous dye which v<br>normal and you should not worry about it. | ne sensation de cha | leur dans tout le cor | ps                              |
| Il faudra rester immobile pendant tout l'examen. You must remain still during the entire scan / P  | lease do not move o | during the scan.      |                                 |
| Pendant l'examen, on pourra vous demander de gon<br>During the scan/examination, we will ask you to  | _                   | _                     | _                               |
| L'examen dure en moyenne 15 minutes  The scan takes a long time. About 15 to 40 min  | utes in total.      |                       |                                 |
| CHECK LIST SCANNER   |                     |                       |                                 |
| Nom /  | Last name:          |                       |                                 |
| Prénom /   | First Name:         |                       |                                 |
| Date de naissance /  | Birth date:         |                       | -                               |
| Taille /   | Height:             | cm                    |                                 |
| Poids /  | Weight:             | Kg                    |                                 |
| Etes vous enceinte?  Are you pregnant?   | OUI / Yes           | NON / No              |                                 |
|  | OUI/ Yes            | NON/ No               | Je ne sais pas. / I don't know. |
| Avez-vous des allergies au produit de contraste?  Do you have any allergies? What are you allergic to?   |                     |                       |                                 |
| Avez-vous une insuffisance ou maladie rénale ?  Do you have kidney problems/issues ?   |                     |                       |                                 |
| Prenez-vous un traitement pour la thyroïde?  |                     |                       |                                 |
| Have you been prescribed pills for thyroid?/ Are you following a treatment for thyroid?  |                     |                       |                                 |
| Avez-vous de l'asthme ? Are you asthmatic?   |                     |                       |                                 |

Signez ici :

Could you please sign the authorization for medical treatment?