

**Test à la Desmopressine (Minirin®) : RECUEIL DE DONNEES  
AVANT LE TEST THERAPEUTIQUE A LA DESMOPRESSINE (Minirin®)**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ POIDS : \_\_\_\_\_

TENSION ARTERIELLE :

*(Une hypertension artérielle non contrôlée par un traitement doit faire discuter le test)*

	OUI	NON
Existe-t'il des allergies ? (asthme, bronchite asthmatiforme, eczéma)		
Prenez-vous des médicaments ? (voir liste des médicaments au verso)  - Médicaments pour la tension (hypertension artérielle) ?  - Médicaments pour le cœur (angor) ?  - Contraceptif ?  (date des dernières règles : ..... <i>(Le Minirin® est contre-indiqué chez la femme enceinte)</i> )		
Date et heure de la dernière prise d'Octim® et/ou de Minirin® :		
Avez-vous des problèmes urinaires ? (infection, calculs, diabète)		
Buvez-vous beaucoup d'eau ? Quantité approximative par 24 heures ?		
Avez-vous de la fièvre ce jour ?		

Nom de la personne ayant répondu :