

Fiche Examen scanographique

Vous allez passer un scanner, pour votre sécurité et la qualité de votre examen, nous vous remercions de compléter le questionnaire suivant :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

<input type="checkbox"/> Quel est votre poids ? : Kg		
	oui	non
<input type="checkbox"/> Etes-vous enceinte ? ou susceptible de l'être ?		
<input type="checkbox"/> Allaitiez-vous ? Si oui, âge du bébé ?		
<input type="checkbox"/> Avez-vous déjà eu des réactions à un produit de contraste ? Si oui de quel type (bouton, difficulté respiratoire...etc.) ?		
<input type="checkbox"/> Avez-vous présenté une crise d'asthme dans les 7 derniers jours ?		
<input type="checkbox"/> Avez-vous présenté de l'urticaire dans les 7 derniers jours ?		
<input type="checkbox"/> Avez-vous un traitement pour le diabète ? Si oui lequel ?		
<input type="checkbox"/> Avez-vous un traitement pour la tension artérielle ? Si oui lequel ?		
<input type="checkbox"/> Avez-vous un collyre pour vos yeux ? Si oui lequel ?		
<input type="checkbox"/> Avez-vous durant les 15 derniers jours, passé un examen radiographique de l'estomac ou de l'intestin ? Si oui quand ?		
<input type="checkbox"/> Avez-vous durant les 15 derniers jours, passé un examen radiographique ou scanographique avec injection de produit de contraste iodé ?		
<input type="checkbox"/> Avez-vous un problème thyroïdien ?		
<input type="checkbox"/> Avez-vous un RDV de scintigraphie de la thyroïde dans moins d'un mois ?		
<input type="checkbox"/> Avez-vous un problème d'insuffisance rénale ?		
<input type="checkbox"/> Avez-vous un problème cardiaque ? Si oui lequel ?		
<input type="checkbox"/> Avez-vous un traitement par diurétique ? Si oui lequel ?		
<input type="checkbox"/> Avez-vous du matériel chirurgical métallique (prothèse, hanche, ...) ? Si oui lequel ?		

Dans tous les cas, si **OUI**, précisez l'emplacement, la matière et la date de mise en place.

	Oui	Non
<input type="checkbox"/> Si l'organisation le nécessite, consentez-vous à bénéficier d'un acte de télé-radiologie ? Vous avez la possibilité de retirer votre consentement à tout moment.		

Je certifie exact les renseignements figurants ci-dessus.

Date et signature du patient :


Autorisation parentale :		
Je soussigné		
détenteur de l'autorisation parentale de l'enfant :		
....., autorise les médecins du service d'Imagerie Médicale à pratiquer chez mon enfant		
un examen IRM avec/sans produit de contraste et/ou sous anesthésie.		
Signature : Père :	Mère :	Tuteur :


Ce feuillet rempli doit être déposé impérativement au secrétariat pour une prise de rendez-vous



CENTRE
HOSPITALIER
SARREGUEMINES

SCANNER - IRM

 03.87.27.34.88

 03.87.27.34.87

SCANNER	

NOM	
PRENOM	
DATE DE NAISSANCE	
ADRESSE	
TELEPHONE	
MEDECIN TRAITANT	
N° SECURITE SOCIALE	
Régime (Général, Local, ALD)	

Documents à compléter et à nous envoyer avec l'ordonnance à :

Hôpital Robert-PAX
Secrétariat d'imagerie
2 rue René François Jolly
B P 50025

57211 SARREGUEMINES CEDEX