



CENTRE  
HOSPITALIER  
SARREGUEMINES

## Pour toute demande de RDV Scanner

1. Veuillez remplir cette fiche et le questionnaire au verso.
2. Renvoyez cette fiche, le questionnaire + **vosre ordonnance** par :

E-mail : [imagerie@ch-sarreguemines.fr](mailto:imagerie@ch-sarreguemines.fr)

Ou courrier :

Hôpital Robert-PAX  
Secrétariat d'imagerie  
2 rue René François Jolly  
B P 50025  
57211 SARREGUEMINES CEDEX

3. Après validation de votre ordonnance par le radiologue, nous vous rappellerons pour vous fixer votre RDV.

<b>NOM :</b>	<b>NOM DE NAISSANCE :</b>
<b>PRENOM :</b>	<b>DATE DE NAISSANCE :</b>
<b>ADRESSE :</b>	
<b>CODE POSTAL :</b>	<b>VILLE :</b>
<b>TELEPHONE FIXE :</b>	<b>TELEPHONE PORTABLE :</b>
<b>MEDECIN TRAITANT :</b>	
<b>N° SECURITE SOCIALE :</b>	<b>REGIME (Général, Local, ALD) :</b>
<b>SI PATIENT MINEUR : nom, prénom et lien de parenté du responsable légal</b>	



## Questionnaire Scanner

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

**Nom :** **Nom de naissance :**  
**Prénom :** **Date de naissance :**  
**Téléphone :** **Poids :** **Taille :**

	oui	non
<input type="radio"/> Avez-vous déjà réalisé un scanner ?		
<input type="radio"/> Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?		
<input type="radio"/> Allaitiez-vous ?		
<input type="radio"/> Avez-vous déjà eu des réactions à un produit de contraste iodé ? <b>Si oui</b> de quel type (bouton, difficulté respiratoire, ...) ? <b>Si oui</b> , avez-vous déjà fait et obtenu votre bilan allergologique ?		
<input type="radio"/> Avez-vous déjà fait une crise d'asthme ?		
<input type="radio"/> Avez-vous un problème d'insuffisance rénale ?		
<input type="radio"/> Avez-vous un traitement pour le diabète ? <b>Si oui lequel ?</b>		
<input type="radio"/> Avez-vous un traitement pour la tension artérielle ou le cœur ? (ex : Béta bloquant) <b>Si oui lequel ?</b>		
<input type="radio"/> Avez-vous un collyre pour vos yeux ? <b>Si oui lequel ?</b>		
<input type="radio"/> Avez-vous un problème thyroïdien ? <b>Si oui lequel ?</b>		
<input type="radio"/> Avez-vous un RDV de scintigraphie de la thyroïde de prévu ? <b>Si oui quand ?</b>		
<input type="radio"/> Avez-vous un myélome ?		
	Oui	Non
<input type="radio"/> Acceptez-vous que votre examen soit réalisé dans nos locaux et interprété par un radiologue exerçant à distance (téléradiologie) ?		
<input type="radio"/> En cas d'annulation de votre part, consentez-vous à nous prévenir ?		

Je certifie exacts les renseignements figurants ci-dessus.

**Date et signature du patient :**

<b>Autorisation parentale :</b>		
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 SCANNER avec/sans produit de contraste et/ou sous anesthésie.		
Signature : Père :	Mère :	Tuteur :