

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

	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 :

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 SCANNER avec/sans produit de contraste et/ou sous anesthésie.		
Signature : Père :	Mère :	Tuteur :

SCANNER

NOM	
NOM DE NAISSANCE	
PRENOM	
DATE DE NAISSANCE	
ADRESSE	
TELFONE	
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