

## 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 :**

**Nom de naissance:**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Téléphone :**

**Poids :**

	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 ?		
<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"/> Si l'organisation le nécessite, consentez-vous à bénéficier d'un acte de télé-radiologie ? La télé-radiologie consiste en la consultation et l'interprétation d'images médicales à distance. Vous avez la possibilité de retirer votre consentement à tout moment.		
<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 :

### SCANNER

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

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