

DEMANDE D'EXAMEN SCANNER

A transmettre par courrier ou télécopie à :

Secrétariat d'imagerie médicale
Centre hospitalier
44 av Jean Jaurès 18200 St-Amand-Montrond
Tél : 02 48 63 25 65
Fax : 02 48 63 25 64
Courriel : secretradio@ch-stamand.fr

Nom, prénom : Né(e) le : Adresse : Téléphone :	L'examen est-il demandé <u>sans injection</u> ? Oui <input type="checkbox"/> (Si oui : ne tenez pas compte des questions ci-dessous)
Uniquement si le patient est hospitalisé : Service : Examen prévu : <ul style="list-style-type: none">• en externe <input type="checkbox"/>• durant l'hospitalisation <input type="checkbox"/> Mobilité du patient : Précautions complémentaires : <ul style="list-style-type: none">• BMR <input type="checkbox"/>• Gale <input type="checkbox"/>• Clostridium <input type="checkbox"/>• Respiratoire <input type="checkbox"/> Médecin prescripteur : Médecin traitant :	Antécédents : <ul style="list-style-type: none">• d'allergie au produit de contraste Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>• d'insuffisance rénale Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>• de diabète Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>• de dysthyroïdie Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>• de myélome Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Région(s) à explorer :	Injection récente de produits de contraste ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui : date (nécessité d'un délai de 72h avant une nouvelle injection)
Problème clinique :	Précisions et/ou précautions particulières à respecter lors de la prise en charge du patient : Y a-t-il eu un dosage récent de créatininémie ? Date : Résultat :
<u>Date</u> : <u>Heure de la demande</u> :	Nom et signature du médecin prescripteur