

Reçu le :

Rendez-vous le :



100 Route de Moval - CS 10499 Trévenans - 90015 Belfort Cedex

Service de Radiologie et d'Imagerie Médicale

Téléphone : **03 84 98 28 20** Fax : **03 84 98 28 29** Mail : imagerie.secr@hnfc.fr

Dr H-P. LEVEQUE Praticien Libéral Chef de service	Dr J. JEHL Praticien Hospitalier	Dr R. KOVACS Praticien Hospitalier	Dr G. NEDECZKY Praticien Attaché	Dr A. MOUMAN Assistant Spécialiste
	Dr C. POPESCU Praticien Contractuel	Dr S. ROSSIER Praticien Contractuel	Dr M. PELIN Assistant Spécialiste	Dr A. RICQUART-VANDAELE Assistant Spécialiste
	Dr A. DOLL Praticien Libéral			

INFORMATION POUR EXAMEN SCANNER

Patient

Nom et prénom : Sexe : M F
Date de naissance : Poids : Taille :
Adresse : Téléphone fixe :
Téléphone portable :

Prescripteur

Nom et prénom :
Service :
Adresse : Téléphone fixe :
Téléphone portable :

Médecin traitant (si différent du prescripteur)

Nom et prénom :
Service :
Adresse : Téléphone fixe :
Téléphone portable :

Antécédents, contre-indications et état clinique du patient

	Oui	Non
↵ Valide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↵ Allergie au produit de contraste iodé ➤ Si oui, préciser l'incident :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↵ Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↵ Avez-vous d'autres allergies ? ➤ Si oui, préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↵ Insuffisance rénale ➤ Si oui, clairance de la créatinine : Date : / /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↵ Diabète ➤ Si oui, préciser le traitement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↵ Chimiothérapie en cours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↵ Avez-vous eu un myélome à chaîne légère ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↵ Grossesse en cours ➤ Si oui, date du terme : / /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↵ Allaitiez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Protocole préconisé chez le diabétique traité par biguanide

- ↵ Dosage de la créatinine la veille de l'examen
- ↵ Arrêt du traitement par biguanide le jour de l'examen, pendant 48 heures
- ↵ Nouveau dosage de la créatinine 48 heures après l'injection
- ↵ Reprise du biguanide en l'absence d'élévation de la créatinine

Merci d'apporter la copie du ou des comptes-rendus de vos précédents examens concernant la même zone à explorer.

Je reconnais avoir reçu et compris, préalablement à l'examen, des informations claires et précises quant à sa réalisation et les risques qui en découlent.

Date : / /

Signature (précédée de « Lu et approuvé ») :