



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 + **votre ordonnance** par :

E-mail : 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, vous recevrez votre RDV par voie postale.

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



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 ? Si oui de quel type (bouton, difficulté respiratoire, ...) ? Si oui , 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 ? Si oui lequel ?		
<input type="radio"/> Avez-vous un traitement pour la tension artérielle ou le cœur ? (ex : Béta bloquant) Si oui lequel ?		
<input type="radio"/> Avez-vous un collyre pour vos yeux ? Si oui lequel ?		
<input type="radio"/> Avez-vous un problème thyroïdien ? Si oui lequel ?		
<input type="radio"/> Avez-vous un RDV de scintigraphie de la thyroïde de prévu ? Si oui quand ?		
<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 :

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 :