

**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**](mailto:imagerie.secr@hnfc.fr) | | | | **Dr F. BOUZAIEN-HAMMAMI**  **Chef de service** | **Dr N. ACHOUR** | **Dr M. HAMMAMI** | | **Dr H. CHARPENTIER** | **Dr G. KORA** | | **Dr H. GUERMAZI-HAMZA** | **Dr H. PARDONNET** | | **Dr J. JEHL** | **Dr S. ROSSIER** | |  |  | |

**INFORMATION POUR EXAMEN SCANNER**

**Patient *(identité complète obligatoire)***

Nom : Sexe : 🞎 M 🞎 F

Prénom :

Date de naissance :

Adresse : Téléphone :

Mail :

**Médecin traitant *(si différent du prescripteur)***

Nom :

Prénom : Ville :

***Le questionnaire au verso est à compléter impérativement.***

**Antécédents, contre-indications et état clinique**

* Poids : Taille :

Oui Non

* Avez-vous déjà passé cet examen ? 🞎 🞎
* Si oui préciser la date :
* Valide 🞎 🞎
* Allergie au produit de contraste 🞎 🞎
* Si oui, préciser l’incident :
* Asthme 🞎 🞎
* D’autres allergies 🞎 🞎
* Si oui, préciser :
* Insuffisance rénale 🞎 🞎
* Si oui, préciser la clairance de la créatinine et la date :
* Diabète 🞎 🞎
* Si oui, préciser le traitement :
* Chimiothérapie en cours 🞎 🞎
* Avez-vous eu un myélome à chaîne légère ? 🞎 🞎
* Grossesse en cours 🞎 🞎
* Si oui, préciser la date du terme :
* Allaitement en cours 🞎 🞎

**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 »)