

SCANNER

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS DU PATIENT

NOM : Prénom :

Date de naissance : /__ / __ / ____ / Sexe :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél : Port ou bureau :

Examen demandé par DR

Demande validée par DR (à remplir par le radiologue)

date validation (à remplir par le radiologue)

Type de scanner

Cérébral

Abdomino-pelvien

Thoracique

Lombaire

Arthroscanner de ...

Autre...

Injection OUI NON

(à remplir par le radiologue)

Date de RDV :

Indication :

.....
.....
.....

Enceinte ou susceptible de l'être : OUI NON

Si oui : Date de vos dernières règles ____ / ____ / ____

Anticoagulants : NON OUI

Allergie : OUI NON

Diabète : OUI NON

- patient traité par les dérivés de la metformine (**Glucophage, Glucidant, Stagid ou génériques**) : interruption du pour une durée de 48 heures après l'injection de produit de contraste à compter du jour de l'examen
- patient traité par antidiabétiques oraux autres que la métformine ou sous insuline : le traitement ne doit pas être arrêté.

Insuffisance rénale : CREATININE :

CLAIRANCE :

Date du bilan