



CENTRE HOSPITALIER D'AJACCIO  
CENTRU HOSPITALIERU D'AJACCIU

# Centre Hospitalier d'Ajaccio

Unité d'imagerie médicale



HOSPITALISE

## DEMANDE DE SCANNER

EXTERNE

☎ 04 95 29 95 95 - Fax 04 95 29 95 82 - ✉ [sec.scanner@ch-ajaccio.fr](mailto:sec.scanner@ch-ajaccio.fr)

MEDECIN DEMANDEUR : .....

CONTACT : .....

Valide

Fauteuil

Brancard

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

TEL : .....

ADRESSE : .....

@ Patient : .....

### TYPE DE SCANNER DEMANDE

EXAMEN DEMANDE : .....

INDICATION (renseignements cliniques et biologiques...) : .....

ANTECEDENTS (traumatisme, chirurgie etc...) : .....

### CONTROLE DES CONTRE INDICATIONS

❖ Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?  oui  non

❖ Etes-vous claustrophobe ?  oui  non

#### En cas d'injection :

❖ Etes-vous allergique au produit de contraste iodé ?  oui  non

❖ Etes-vous diabétique ?  oui  non

❖ Etes-vous insuffisant rénal ?  oui  non

❖ Avez-vous un terrain allergique ?  oui  non Si oui veuillez préciser :

Créatinine : mg/l

Taille :

Poids :

### PRECAUTIONS COVID-19

❖ Avez-vous présenté de la fièvre ces derniers jours ?  oui  non

❖ Avez-vous de la toux ou un essoufflement ?  oui  non

❖ Avez-vous présentez une perte d'odorat ou de goût récemment ?  oui  non

❖ Avez-vous des signes digestifs (diarrhée etc...) ?  oui  non

❖ Avez-vous été en contact avec une personne positive Covid-19 ?  oui  non

❖ Avez-vous été testé au Covid-19 ?  oui  non

**En cas de réponse positive à l'une des questions ci-dessus, veuillez prévenir le secrétariat.**

Signature du patient

DATE DU RDV : ..... /...../20...

HEURE DU RDV :

PROTOCOLE RADIOLOGUE :

PDL Totale:

Tête:

CDTI :