



DEMANDE DE SCANNER

☎ 04 95 29 95 95 - Fax 04 95 29 95 82 - ✉ sec.scanner@ch-ajaccio.fr

HOSPITALISE

EXTERNE

MEDECIN DEMANDEUR :

CONTACT :

Valide

Fauteuil

Brancard

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

TEL :

@ :

ADRESSE :

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

❖ 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 de la toux ou de la fièvre ces derniers jours ? oui non

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

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

❖ Etes-vous vacciné ? oui non

Nombre de dose :