



# DEMANDE DE SCANNER

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

HOSPITALISE

EXTERNE

MEDECIN DEMANDEUR : ..... DATE DEMANDE : ..... CONTACT : .....

Valide

Fauteuil

Brancard

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

TEL : .....

@ : .....

ADRESSE : .....

TAILLE : ..... Cm

POIDS : ..... Kg

### TYPE DE SCANNER DEMANDE

EXAMEN DEMANDE : .....

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

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

TRAITEMENTS (Diabète, hypertensions, thyroïdes ...) : .....

### CONTROLE DES CONTRE INDICATIONS

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

❖ Etes-vous claustrophobe ?  oui  non

❖ Etes-vous insuffisant rénal ?  oui  non

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

❖ Etes-vous diabétique ?  oui  non

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

DFG : mL/mn

TENSION HABITUELLE :

### PRECAUTIONS COVID-19

❖ Avez-vous des symptômes Covid (fièvre, toux etc..) ?  oui  non Si oui précisez.....

❖ Avez-vous réalisé un test de moins de 48H?  oui  non