Réinitialiser

CENTRE HOSPITALIER LAVAL

DEMANDE D'EXAMEN SCANNER

☐ CRANE ☐ SINUS ☐ ROCHERS ☐ ORL OPHTALMO ☐ THORAX ☐ ABDOMEN

☐ **RACHIS**
- ☐ CERVICAL
- ☐ DORSAL
- ☐ LOMBAIRE

☐ **PELVIS**
- ☐ COLOSCANNER
- ☐ ENTEROSCANNER

☐ APPAREIL URINAIRE

OS / ARTICULATION

VASCULAIRE
- ☐ TSA
- ☐ POLYGONE DE WILLIS
- ☐ EMBOLIE PULMONAIRE

AUTRES
- ☐ AORTE
- ☐ MEMBRES INFERIEURS
- ☐ AUTRES

DELAI SOUHAITABLE DE L'EXAMEN ☐ < 72 h ☐ < 1 semaine

RISQUE Infectieux éventuel

PATIENT

Nom du patient : Prénom du patient :

Sexe ☐ homme ☐ femme Date de naissance :

Numéro de téléphone :

Adresse postale : rue/route/voie

Code postal : commune :

Adresse de messagerie :

Spécialité demandée :

Médecin référent habituel :

Renseignements cliniques et hypothèse diagnostique

ISOLEMENT	**VALIDITE**
☐ Précaution contact	☐ Tient debout seul
☐ Précaution Respiratoire	☐ Ne marche pas
☐ type air	☐ Marche avec aide
☐ type gouttelettes	☐ Oxygène
	☐ Interdiction de lever

Fonction rénale du patient : créatinine : _____ CKD EPI : _____	GROSSESSE
Le patient présent-il une allergie ? ☐ oui ☐ non Si oui laquelle Est-elle traitée ? ☐ oui ☐ non	☐ OUI Nbre semaine aménorrhée : ☐ NON ☐ NON APPLICABLE
Le patient est-il asthmatique ? ☐ oui ☐ non	Pourquoi ?
Le patient est-il diabétique ? ☐ oui ☐ non A –t-il un traitement à base de BIGUANIDES (Metformine) ? ☐ oui ☐ non	
DOULEUR ☐ Accord du prescripteur pour utilisation possible du MEOPA ☐ Traitement antalgique administré par le service prescripteur	

Réservé au service d'Imagerie Médicale du Scanner		
Injection	Radiologue	Délai

Professionnel de Santé demandeur

Nom/Prénom

N° RPPS :

Adresse de messagerie MSSanté :

ApiCrypt

MSSanté