DEMANDE DE SCANNER

Centre Hospitalier LANNION-TRESTEL

Service d'Imagerie Médicale ☎ **: 74.05**

Etiquette patient **ou** Nom : Prénom : Date de naissance : _ _ /_ _ /_ _ _ _	**Service :** **Médecin prescripteur : Dr** **Date de la demande : _ _ /_ _ /_ _ _ _**	❑ à pied ❑ en fauteuil ❑ en lit Le patient peut-il s'aider pour le transfert ? ❑ oui ❑ non

- Le patient est-il porteur de gale ou de Clostridium ? ❑ oui ❑ non
- Risque de grossesse ❑ oui ❑ non
- Patient douloureux ❑ oui ❑ non

Existe-t-il une notion de réaction lors de l'injection de produit iodé ? ❑ oui ❑ non

Bilan sanguin récent	**Traitement actuel nécessitant des précautions au moment de l'examen**
Clairance à la créatinémie ***(CKDEPI)*** : **ml/mn** Fait le : TP/Plaquettes ***(pour les ponctions)*** : Résultats labo en attente : ❑	AT diabétiques oraux à base de dérivés de Metformine ***(à arrêter 48h après l'examen)*** : AT coagulants, AT AGG plaquettaires ***(ponctions)*** :

Renseignements cliniques motivant la demande - Motif
Histoire de la maladie (***pour les AVC, préciser la date de début***) :
Antécédents (médicaux et chirurgicaux) :
Résultats des examens complémentaires déjà réalisés :
Diagnostic envisagé :

Région(s) précise(s) à explorer

Signature du médecin prescripteur :

Imprimé le 20/11/2021