

Nom et Prénom du patient :
Date de naissance :
Adresse :
 ☎ :

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 : <input type="checkbox"/>	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

Date :

Signature du médecin prescripteur :