

Services Destinataires :

- | | | | | |
|---|---|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Direction | <input type="checkbox"/> Serv. Techniques | <input checked="" type="checkbox"/> Médecine | <input checked="" type="checkbox"/> Chirurgie Ambu. | <input checked="" type="checkbox"/> Cons. Spécial. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Qualité-Gestion des risques | <input type="checkbox"/> Informatique | <input checked="" type="checkbox"/> EHPAD Saint Jean | <input type="checkbox"/> Diététique | <input type="checkbox"/> Serv. Social |
| <input checked="" type="checkbox"/> Affaires Générales | <input type="checkbox"/> Restauration | <input checked="" type="checkbox"/> EHPAD du Mont | <input type="checkbox"/> Ergothérapie | <input type="checkbox"/> DIM |
| <input type="checkbox"/> Serv. du Personnel | <input type="checkbox"/> Magasin | <input checked="" type="checkbox"/> EHPAD La Courtine | <input type="checkbox"/> Kinésithérapie | <input type="checkbox"/> Méd. du travail |
| <input type="checkbox"/> Serv. Economique | <input type="checkbox"/> Blanchisserie | <input checked="" type="checkbox"/> USLD | <input type="checkbox"/> Psychomotricité | <input type="checkbox"/> EOH |
| <input type="checkbox"/> Bureau des entrées | <input type="checkbox"/> Pharmacie | <input checked="" type="checkbox"/> SSR | <input type="checkbox"/> Psychologie | <input type="checkbox"/> Astreinte |
| <input type="checkbox"/> MAIA | <input type="checkbox"/> Stérilisation | <input checked="" type="checkbox"/> Urgences | <input type="checkbox"/> Animation | <input type="checkbox"/> Tous les services |
| <input type="checkbox"/> UPSAV | <input type="checkbox"/> Coordination des soins | <input checked="" type="checkbox"/> Imagerie | <input type="checkbox"/> Autre : | |

Catégorie de personnels concernés :

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Directeur | <input checked="" type="checkbox"/> Médecin | <input checked="" type="checkbox"/> Coordinateur des soins | <input type="checkbox"/> Animateur |
| <input checked="" type="checkbox"/> Encadrement administratif | <input type="checkbox"/> Pharmacien | <input checked="" type="checkbox"/> Cadre de Santé | <input type="checkbox"/> Diététicien |
| <input checked="" type="checkbox"/> Personnel administratif | <input type="checkbox"/> Préparateur | <input type="checkbox"/> Infirmier | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute |
| <input type="checkbox"/> Resp. serv. logistique | <input type="checkbox"/> Agent de stérilisation | <input type="checkbox"/> AS | <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute / P.A.P.A. |
| <input type="checkbox"/> Agent serv. logistique | <input checked="" type="checkbox"/> Radiologue | <input type="checkbox"/> ASHQ | <input type="checkbox"/> Psychologue |
| <input type="checkbox"/> Pilote MAIA | <input checked="" type="checkbox"/> Manip. Radio | <input type="checkbox"/> Patient/Résident | <input type="checkbox"/> Psychomotricien |
| <input type="checkbox"/> Gestionnaire de cas | <input type="checkbox"/> Informaticien | <input type="checkbox"/> Assistante Sociale | <input type="checkbox"/> EOH |
| <input type="checkbox"/> Agents UPSAV | <input type="checkbox"/> TIM | <input type="checkbox"/> Tous les personnels | <input type="checkbox"/> Autre : |

DEMANDE DE SCANNER

Service en unité Scanner

3, côte Ribière
23 200 Moutier – Rozeille

Tél. : 05.55.83.60.70

Fax : 05.55.83.60.79

Chef de service : Dr EL YAMANI

RESERVE AU SERVICE SCANNER

Demande reçue le :

Rendez- vous le :

Heure :

Amb

Hosp

Externe

Valide : O N

Contraste :

Sans

Avec

D'emblée

Date de la demande :

Médecin demandeur

Nom Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Identification RPPS :

Tampon et signature :

Patient

Nom Prénom :

Date de naissance :

Adresse / service :

Téléphone :

Sexe :

Taille :

Poids :

Examen scanographique

CRÂNE

THORAX

ABDOMEN

PELVIS

COU

MEMBRES

RACHIS

Cervical

Dorsal

Lombaire

Nature et objet de la recherche (à détailler) :

Compléter l'anamnèse au dos

Autorisation parentale :

Je soussigné PERE / MERE / TUTEUR de
l'enfant né(e) le/...../.....

autorise le médecin du service de scanographie du Centre Hospitalier d'Aubusson à pratiquer un examen
avec produit de contraste sur mon enfant.

Signature :

ANAMNESE et Renseignements Cliniques :

Dans le cadre d'une demande d'embolie pulmonaire précisez :

- Valeurs des D-Dimères :
- Ou le score de Wells :

- **Résultats des examens significatifs antérieurs :**

- Biologie :
- Imagerie (très important):
- Autres :

- **Contexte néphrologique :**

- Antécédents significatifs :
- **Clairance récente à la créatinine =**

- **Contexte clinique :**

- Traitements en cours :
 - **Metformine (si oui : détailler) =**
 - **Anti inflammatoires :**
 - Bêta-bloquants :
 - Diurétiques :
- Status clinique :
 - Patient conscient :
 - Patient orienté :
 - Possibilité de grossesse
 - ↳ **si oui** : vérifiée : β HCG = date =
 - **Passé d'allergie aux contrastes iodés :**
 - ↳ si oui : résultats du bilan allergologique =
 - Diabète :
 - Asthme :
 - ↳ si oui : dernière crise il y plus d'un mois : OUI / NON
 - Insuffisance viscérale connue (cardiaque, hépatique, respiratoire, autre) :
 - Myélome sécrétant : OUI / NON
 - Hyperthyroïdie : OUI / NON ➤ Si oui, traitée : OUI / NON
- **Information préalable (très important) :**

Une information claire et sincère à été donnée, expliquant les avantages et les risques liés à l'examen, elle a été comprise et le consentement éclairé a été obtenu : OUI / NON

Merci de transmettre les résultats de biologie en cas de scanner injecté.

L'indication est **conforme** aux données du Guide du Bon Usage des examens d'imagerie : **OUI / NON.**

*Pour information, voici le lien du Référentiel de bonnes pratiques à l'usage des médecins qui sont amenés à demander ou à réaliser des examens d'imagerie médicale : **gbu.radiologie.fr** .
Toute demande est analysée par le médecin radiologue. Celui-ci peut-être récusé si la demande ne correspond pas aux données du guide de Bon Usage, le médecin radiologue peut aussi substituer l'examen par un autre examen si ce dernier le juge plus opportun.*