



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille
REF : TEF030

Service

N° U.F. Demandeur

PÔLE IMAGERIE DEMANDE D'EXAMEN D'IMAGERIE MÉDICALE HORS IRM

ETIQUETTE

N° DE CHAMBRE
DU PATIENT

- Debout
- Fauteuil
- Lit
- Enf. accompagné
- Oxygène
- Radio à faire en chambre ...

IDENTITÉ DU PATIENT

Etiquette hospitalisé ou inscriptions manuelles (externes)

NOM
 NOM JEUNE FILLE
 PRENOM
 DATE NAISS
 TEL PATIENT

ISOLEMENT

- Non
- Oui
- Respiratoire
- Cutané

Tél. de l'unité d'hospitalisation

DEMANDEUR (Nom, qualité, N° de tél. personnel)

.....

Signature :

DATE DE LA DEMANDE : Le

DATE DE RECEPTION DU BON : Le

TYPE D'EXAMEN

- ANGIOGRAPHIE
- ECHOGRAPHIE
- MAMMOGRAPHIE
- OSTEODENSITOMETRIE
- RADIOGRAPHIE
- SCANNER

RÉGIONS À EXPLORER

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

.....

Si une injection Intra Veineuse de produit de contraste est à prévoir :

1) Fonction rénale :

Créatinémie : Clearance : Poids :

2) Diabète :

Traitement antidiabétique oral : OUI NON

3) Si le patient est diabétique, prévenir le patient d'arrêter son traitement antidiabétique oral (biguanides) le jour de l'examen et pendant les 48 heures suivant l'injection de produit de contraste iodé

4) Si antécédents de réaction allergique à une injection de produit de contraste iodé contacter le service de radiologie et d'imagerie médicale

Pour les gestes interventionnels (ponction, biopsie, drainage....) préciser si

* traitement anti agrégant : OUI NON

* traitement anticoagulant : OUI NON

SELON LES RECOMMANDATIONS HAS TOUTS LES ITEMS DOIVENT ÊTRE REMPLIS POUR QUE LA DEMANDE SOIT CONSIDÉRÉE COMME CONFORME ET PUISSE ÊTRE TRAITÉE PAR LE SERVICE DE RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE