G.I.E. IMAGERIE MEDICALE DU PROVINOIS
SCANNER - IRM
Centre Hospitalier Léon BINET – Route de Chalautre - 77160 PROVINS
☎ **01.64.60.47.90** 🗐 **01.64.60.47.93** @ **sec_gie@ch-provins.fr**

SCANNER

Merci de nous **joindre la copie de l'ordonnance** avec ce **questionnaire complété**

Préfixe : ☐ Mr ☐ Mme ☐ Enfant	
Nom :	Prénom :
Date de naissance :	
Adresse : N° Voie : Code postal :	Ville :
Téléphone :	E-mail :
Poids : kg	Taille : cm
Problème de mobilité □ oui □ non	Problème de compréhension □ oui □ non

VEUILLEZ NOUS SIGNALER SI :

- Vous avez une ou des **allergies** connue(s) □ oui □ non
  - ➔ **Si oui** Précisez à quoi : ……..
    Précisez quel type de réaction vous avez eu : ……...

- Vous êtes **diabétique** □ oui □ non
  - ➔ **Si oui** prenez-vous un traitement à base de Metformine □ oui □ non

- Vous avez une **insuffisance rénale connue** (mauvais fonctionnement des reins ou rein unique) □ oui □ non

- Si vous avez **60 ans ou plus** / Si vous êtes **diabétique** / Si vous avez une **insuffisance rénale** :
  Avez-vous une prise de sang de moins de 2 mois comportant la créatinémie et la clairance □ oui □ non
  - ➔ **Si oui,** nous la faire parvenir avec vos documents puis l'apporter le jour de l'examen

- **Uniquement si examen de la colonne vertébrale (rachis) demandé**, précisez si vous avez eu une intervention chirurgicale il y a moins de 2 ans sur la colonne vertébrale □ oui □ non
  - ➔ **Si oui** Date d'intervention : ……..
    Zone d'intervention : cervical / dorsal / lombaire Préciser le niveau :……

- **Uniquement si infiltration ou arthroscanner demandé**, précisez si vous êtes sous traitement anti-coagulant □ oui □ non

- Mesdames, merci de nous signaler s'il y a une **grossesse en cours** □ oui □ non
- Si vous **allaitez** □ oui □ non

Je soussigné(e) Madame, Monsieur……

Le : **Signature :**