

**Nom / Prénom du PATIENT :****Né(e) le :****Poids :****Taille :****Avant l'examen, répondez attentivement aux questions suivantes :****Est-il allergique ?**

- à certains médicaments ou pommades, ou est-il asthmatique ?  oui  non  
- a-t-il eu une réaction particulière lors d'un examen radiologique ?  oui  non

- **A-t-il ou a-t-il eu récemment une infection** (fièvre, mal de gorge)  
**ou des soins dentaires ?**  oui  non

- Madame, Mademoiselle, si vous souhaitez rester auprès de  
votre enfant pendant l'examen, **êtes-vous enceinte ou susceptible**  
**de l'être ? Allaitiez-vous ?**  oui  non

D'une manière générale, n'hésitez pas à fournir tout renseignement qui vous paraîtrait important à communiquer et à **nous informer de toute maladie sérieuse.**

.....  
.....

**Apporter le jour de l'examen :** La demande de votre médecin (ordonnance, lettre...), le carnet de santé de votre enfant de votre enfant, la liste écrite des médicaments qu'il prend, son dossier radiologique (radiographies, échographies, scanner...).

**Pendant l'examen :** Bien que l'examen soit fait par une équipe entraînée, le voir faire chez son propre enfant peut être mal supporté par certains parents. Vous n'êtes en aucun cas tenu d'y assister et si vous préférez patienter en salle d'attente, le personnel vous informera du déroulement. L'examen dure environ trente minutes. S'il doit se prolonger au-delà et que vous attendiez en salle d'attente, le personnel viendra vous en avertir et vous expliquer son déroulement.

**Après l'examen :** Attendre que votre enfant soit complètement réveillé (s'il y a eu sédation) puis le faire boire et manger légèrement.

**Dès votre retour à la maison :** En cas de saignement, en cas de rougeurs sur la peau

- appelez votre médecin
- ou contactez le centre (tél. : 04 93 90 08 62)
- ou encore présentez-vous au Cabinet d'Accueil Médical 7/7 du site HPAT (tél. : 09 62 62 05 89)

*Il est normal que vous vous posiez des questions sur l'examen que votre enfant est amené à passer. Nous espérons y avoir répondu. N'hésitez pas à nous interroger à nouveau pour tout renseignement complémentaire.*

Page 1/2



Ces dernières 48 heures avez-vous eu les symptômes suivants :

- De la toux ?..... OUI  NON
- De la fièvre (frissons, sueur) ..... OUI  NON
- **Avez-vous dans votre entourage proche des cas de COVID ?** OUI  NON

*Il est normal que vous vous posiez des questions sur l'examen que votre enfant est amené à passer. Nous espérons y avoir répondu. N'hésitez pas à nous interroger à nouveau pour tout renseignement complémentaire.*

Je déclare avoir pris connaissance des différentes modalités et risques liés à l'examen et donne mon accord pour que les données personnelles soient archivées et transmises au corps médical (médecins spécialistes, RCP, médecin traitant...)

Madame , Monsieur, ..... a personnellement rempli cette fiche le .....

Signature

### Diffusion du compte-rendu dans « Mon Espace Santé / Dossier Médical Partagé » :

ACCORD DE DIFFUSION : Tous (patient + représentants légaux + Professionnel de santé) OUI  NON

**SI NON :**

- Ne pas envoyer au DMP
- Envoyer à Tous (hors représentant légaux)
- Patient (hors représentant légaux)
- Professionnel de santé (hors représentant légaux)