

Nom / Prénom du PATIENT :	Né 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...), les produits qui ont pu être demandés pour l'examen.

**Pour l'examen :** S'il a moins de 2 ans, si une sédation ou une injection intra(-veineuse est prévue, laisser votre enfant à jeun pour l'examen, c'est-à-dire trois heures sans manger et sans boire. Apportez éventuellement son biberon. Pour les nourrissons de moins de six mois, un jeûne de 1 heure est suffisant.

**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 09 21 64 )
- ou encore présentez-vous au service des urgences de l'Hôpital du centre hospitalier (tél. : 04 93 09 55 55)

*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.*



**Avez-vous contracté la COVID-19 ?** OUI  NON

**Si oui**, à quelle date votre test à été POSITIF ? .....

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

- De la toux ?.....OUI  NON
- Des courbatures .....OUI  NON
- De la fièvre (frissons, sueur) .....OUI  NON
- Des difficultés à respirer ?.....OUI  NON
- Une perte de goût ou de l'odorat ?.....OUI  NON
- Une diarrhée .....OUI  NON

**Avez-vous dans votre entourage proche des cas de COVID ?** OUI  NON

---

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

Signature