

Demande effectuée par (nom/lien avec le consultant): _____ le :

MON IDENTITE :

Nom de naissance : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Adresse du patient : _____

MON ENTOURAGE :

Mon médecin traitant est (nom prénom coordonnées mail/tel) :

Mon aidant familial est (nom prénom coordonnées mail/tel) :

Mon aidant professionnel est (nom prénom coordonnées mail/tel) :

Mon tuteur/curateur est (nom prénom coordonnées mail/tel) :

MOTIF DE LA DEMANDE : Joindre l'ordonnance d'imagerie

IRM (précisez) :

Pour IRM ; Remplir questionnaire médical IRM

(1 pour le patient et 1 pour accompagnant si entre dans la salle d'examen)

Scanner (précisez) :

Echographie (précisez) :

Autre (précisez) :

MOI (préciser):


Mal. Invalidantes


Visuel


Moteur


Psychique


Auditif


Mental


Autisme / TSA

	Oui	Non
Je marche		
Je suis accompagné (e) d'un chien d'assistance		
Je me déplace en fauteuil roulant (électrique ou manuel à préciser)		
Je suis sensible aux bruits et/ou à la lumière		
Je peux être agressif (ve) envers moi ou envers l'autre		
Je peux répondre à une question simple		
Je suis porteur d'une ventilation artificielle		

Mon poids : Ma taille :

Avez-vous des allergies ? (préciser) : Oui..... Non

MODE DE COMMUNICATION :

Je parle Langue parlée :

J'utilise un autre moyen de communication (à emmener le jour de l'examen)

Précisez :

MES CAPACITES :

	Oui	Non	Commentaires
J'accepte le gel froid sur ma peau (pour échographie)			
J'accepte la pose d'électrode sur ma peau			
J'accepte qu'on me pose une perfusion			
Je peux m'habiller / me déshabiller seul			
J'accepte de rester allonger (préciser le temps)			
Je peux me transférer sur la table d'examen			

Pour effectuer l'examen j'ai besoin (sur avis du médecin traitant) :

- D'une prémédication. Si oui précisez la prémédication prescrite :
- D'une sédation
- D'une anesthésie générale

MA DOULEUR :

	Oui	Non
Je peux exprimer la douleur Si oui, comment ?.....		
J'ai déjà utilisé le Méopa®/Kalinox ® (gaz)		
Je présente une contre-indication à l'utilisation du Méopa®/Kalinox ® (gaz)		
J'ai déjà utilisé les patchs EMLA® (anesthésiant local)		

Lors des soins, j'utilise un renforçateur (objet qui motive)? Oui Non

Si Oui lequel ? :

Trucs et astuces qui peuvent m'aider à me détendre (musique, peluche....) :

.....

MON TRAITEMENT : Merci de joindre une photocopie de votre ordonnance de traitement

AVANT MA CONSULTATION :

Je souhaite venir visiter les locaux et rencontre de l'équipe pour mieux appréhender les soins à venir (consultation « blanche ») : Oui Non

J'ai besoin d'outils pour préparer ma venue et m'habituer aux soins (Photos des locaux, du matériel utilisé, kit d'habituatation, séquençage...) : Oui Non

ACCOMPAGNEMENT ET MODE DE TRANSPORT :

Je serai accompagné(e) lors de ma consultation ? Oui Non

Si oui par qui ?.....

J'arriverai en : Véhicule personnel VSL Transport allongé

Date non disponible pour l'examen :

Consignes pour le jour de l'examen : pas de bijoux, pas de métal y compris bouton, pas de strass sur les vêtements, vêtements en coton (t-shirt manches courtes et jogging) idem pour l'accompagnant.