

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

-

- **Est-il porteur d'un appareil dentaire, ou auditif, d'une valve cardiaque, d'un pacemaker, de matériel orthopédique ?** oui non

-

- **A-t-il subi récemment une opération ?** 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.**

.....

.....

Pour l'examen : S'il a moins de cinq ans, si une sédation ou si une injection intraveineuse est prévue, laisser votre enfant à jeun pour l'examen, c'est-à-dire quatre heures sans manger et sans boire. Pour les nourrissons de moins de six mois, un jeûne de 3 heures est suffisant. Lui faire vider sa vessie afin qu'il ne soit pas pris d'une envie subite en cours d'examen.

Pendant l'examen : On vous proposera le plus souvent d'assister à l'examen. Bien que celui-ci 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, le personnel viendra vous en avertir.

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

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

- appelez votre médecin
- ou contactez le centre (tél. : 04 93 09 21 64)
- ou encore présentez-vous au service des urgences de l'Hôpital d'Enfants (tél. : 04 93 09 55 11)



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

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, Mademoiselle, 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 :

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