



Vous devez subir une intervention de radiologie interventionnelle ? Merci de bien vouloir remplir le formulaire ci-dessous afin de faciliter votre pré-enregistrement.

Motif de votre venue

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Embolisation des artères prostatiques | <input type="checkbox"/> Biopsie de la prostate                  |
| <input type="checkbox"/> Embolisation des varices pelviennes   | <input type="checkbox"/> Traitement Focal, cancer de la prostate |
| <input type="checkbox"/> Embolisation des varicoçèles          |  |
| <input type="checkbox"/> Embolisation des fibromes utérins     |  |
| <input type="checkbox"/> Vertébroplastie                       | <input type="checkbox"/> Kyphoplastie                            |
| <input type="checkbox"/> Embolisation des hémorroïdes          |  |
| <input type="checkbox"/> Ostéosynthèse percutanée              |  |

Renseignements concernant le bénéficiaire de l'intervention

Nom	
Prénom	
E-mail	
Téléphone	Fax
Date de Naissance (JJ/MM/AAAA)	
Poids (en kg)	Taille (en cm)
Sexe	
Adresse en France	
Adresse à l'étranger	
Êtes-vous couvert par la sécurité sociale française ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Caisse des français à l'étranger	
Souhaitez-vous des soins infirmiers à domicile post-intervention pris en charge par la sécurité sociale ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
En l'absence de couverture sécurité sociale, souhaitez-vous un devis pour des soins infirmiers ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

Antécédents du patient

Avez-vous des allergies ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			
Êtes-vous allergique au produit de contraste iodé ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			
Êtes-vous sous anticoagulants ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			
Êtes-vous sous antiagrégants ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			
Avez-vous du diabète ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			
Si oui, précisez le traitement pour le diabète					
Avez-vous une insuffisance rénale ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			
Êtes-vous sujet à un risque d'infection ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			
Si oui, précisez	<input type="checkbox"/> BLSE	<input type="checkbox"/> BMR	<input type="checkbox"/> CLOSTRIDIUM	<input type="checkbox"/> BHRE	<input type="checkbox"/> AUTRE
Si autre, précisez					

Signature du patient

Date:

Signature et cachet du praticien

**SELARI - Dr HAKIME Antoine**  
Electroradiologiste  
75016 Paris  
751826892

Ce document est à envoyé par e-mail à:  
[info@crxi.fr](mailto:info@crxi.fr)