

FORMULAIRE DE DEMANDE POUR UN EXAMEN EN IMAGERIE MEDICALE (Annexe 82 – art.17 et 17bis NPS)

Par problématique clinique, un formulaire de demande distinct est exigé

IDENTIFICATION DU PATIENT (remplir ou vignette O.A.)

NU/N° séjour :

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Sexe : H. F. Tél :

URGENT

NON URGENT

A RÉALISER DANS LES 24 H

Ambulatoire Chaise Lit Brancard

EXAMEN(S) PROPOSE(S)

RX :

US :

DOPPLER :

CT :

IRM :

AUTRES :

EXPLICATION DE LA DEMANDE DE DIAGNOSTIC

INFORMATIONS CLINIQUES PERTINENTES

EXAMEN(S) PERTINENT(S) PRECEDENT(S) RELATIF(S) A LA DEMANDE DE DIAGNOSTIC

RX US DOPPLER CT IRM AUTRES :

INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES PERTINENTES (pour tous les examens)

▶ Allergie non oui Si oui, type :

▶ Diabète non oui

▶ Hypertension sévère non oui

▶ Grossesse non oui (*Les patientes sont informées des risques en cas de grossesse.*)

▶ Tabagisme non oui

▶ Insuffisance cardiaque non oui

▶ Trauma non oui

▶ Fonction rénale normale perturbée (MDRD :

Pour l'IRM

▶ Implants métalliques non oui Si oui, type :

▶ Claustrophobie sévère non oui

CONTEXTE ONCOLOGIQUE non oui, à préciser :

CACHET DU MEDECIN PRESCRIPTEUR *

Date :

Signature :

Le patient est informé et a marqué son accord pour les examens.

Copie(s) à :

Clichés à remettre au patient.