



## 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.