

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.