

Demande d'examen

Nom Prénom
Rue, No. NPA/Lieu
Date de naiss. Sexe N° AVS
Téléphone E-Mail
Assureur Loi N° d'ass.
LAA/N° accident

Examen désiré

Radiographie Organ/Region
 Échographie
 Mammographie
 Tomodensitométrie (CTscan)
 Imagerie résonance magnétique (IRM)

Informations cliniques, indications

Grossesse

Souffrez-vous d'une allergie aux produits de contraste, avez-vous une dysfonction rénale ou une hyperfonction de la thyroïde?

Autre particularités (patient couché; handicapé; chaise roulante)?

Important pour les examens d'IRM

Patient souffrant de claustrophobie

Des stimulateurs cardiaques/neurologiques, des clips vasculaires cérébraux et des pompes à insuline sont des contre-indications

Date de l'examen

Date, Heure Fixer un rendez-vous

D'éventuels clichés déjà existants sont à envoyer ou à remettre au patient

Images sur Film CD Papier Pas d'images Accès online aux images
 Rapport immédiat téléphonique

Médecin traitant (Lieu, Tél., Fax, EAN, CSCM)

Copie du rapport (Lieu, Tél., Fax, EAN, CSCM)

Date