

Formulaire de demande d'examen d'imagerie médicale

Médecin demandeur : Nom, prénom : Code : Spécialité : Coordonnées :	Identification du patient : (à remplir ou étiquette) Nom, prénom : Date de naissance : Sexe : Identifiant national : Coordonnées :
Examen demandé : 	
Contexte clinique (informations cliniques) : 	
Diagnostic recherché (finalité) : 	
Informations pertinentes supplémentaires : <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale (DFG : ml/min/1,73m ²) <input type="checkbox"/> Diabète, Metformine <input type="checkbox"/> Allergie aux produits de contraste <input type="checkbox"/> Examens antérieurs pertinents :	
<input type="checkbox"/> Contre-indication IRM <input type="checkbox"/> Infection <input type="checkbox"/> Traitement anticoagulant <input type="checkbox"/> Autres :	
Date de la demande :	Signature du médecin demandeur :
<hr/>	
Validation / Modification par le médecin réalisateur : Nom du médecin réalisateur : Modification de la demande d'examen : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, remplacé par : Examen complémentaire nécessaire : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, à compléter par : Date de validation / modification : Signature du médecin réalisateur :	