

Demande d'examen de Radiodiagnostic

Ce document doit être rempli de façon lisible, complète et sans abréviation.

Identification du patient (remplir ou vignette Organisme Assureur ou étiquette)

(Patient : les nom, prénom, date de naissance, sexe du patient sont obligatoires)

Site souhaité :

- CHU Sart Tilman
 CHU Centre Ville - Brull
 CHU N.-D. des Bruyères
 CHU Esneux

Par problématique clinique un formulaire de demande distinct est exigé

Informations cliniques pertinentes

Explication de la demande de diagnostic

Examen(s) proposé(s) à l'exception des Imageries par Résonance Magnétique (IRM) - voir demande spécifique

côté droit

côté gauche

Ne s'applique pas

Informations supplémentaires pertinentes (voir DPM/DPM/GEN/OPE/ALAS)

Diabète Insuffisance rénale Grossesse Allaitement Implant Réaction Produit de Contraste Autres :

Fonction thyroïdienne normale : oui non

Allergie connue au produit de contraste oui non

Si oui, quelle molécule ? :

Asthme oui non

Si oui : est-il stable ? oui non

Myasthénie oui non si oui pas d'injection de produit de contraste iodé

Examen(s) pertinent(s) précédent(s) relatif(s) à la demande de diagnostic

Scanner

IRM

Radiographie

Echographie

Autres : _____

Inconnu

Cachet du médecin prescripteur *

Date :

Signature :

*Cachet du prescripteur avec mention du nom, prénom, adresse et numéro INAMI

Copies à :

Examen prévu le : _____ à _____ heures

A jeun Non à jeun

Référence du document : Annexe 03-DPM-GEN-POL-03