

Formulaire de demande d'un examen pour le Service d'Imagerie Médicale*

*Par problématique clinique, un formulaire de demande distinct est exigé**

<u>Identification du patient</u> (remplir ou vignette O.A.)			
Nom :	Prénom :		
Date de naissance :			
Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin		
<u>Informations cliniques pertinentes</u>			
<u>Explication de la demande de diagnostic</u>			
<u>Informations supplémentaires pertinentes</u>			
<input type="checkbox"/> Allergie à l'iode	<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/> Grossesse	<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> Allergie au Gadolinium	Créatinine	<input type="checkbox"/> Diabète
<input type="checkbox"/> Allergie autre	Filtration glomérulaire	<input type="checkbox"/> Implant
<u>Examen(s) proposé (s)</u>			
	<i><u>Région anatomique</u></i>		
<input type="checkbox"/> CT		
<input type="checkbox"/> IRM		
	<i>Contre-indications, voir verso</i>		
<input type="checkbox"/> Angiographie		
<input type="checkbox"/> Autre :		
<u>Examen(s) réalisé(s) précédemment pour cette problématique clinique</u>			
<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> RMN <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> Echographie <input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Inconnu		
<u>Cachet du Médecin prescripteur</u> (cachet du prescripteur avec mention du nom, prénom, adresse et numéro INAMI)			
Date :	Signature : Cachet :		

* A.M.I./ Soins de santé - Règl. Du 28-7-2003 - (1 - Régl. 11-6-12 - M.B. 24-1-13 - art.2), d'application à partir du 1 mars 2013 - Mise à jour 31/2013 (art. 17 et 17 bis NPS) (résumé et informations utiles au verso)