

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) RX proposé (s)</u>			
<input type="checkbox"/> Crâne	<input type="checkbox"/> Avant-bras G D	<input type="checkbox"/> Pied G D	<input type="checkbox"/> Thorax
<input type="checkbox"/> Sinus	<input type="checkbox"/> Poignet G D	<input type="checkbox"/> Pied en charge G D	<input type="checkbox"/> Trachée
<input type="checkbox"/> Orbites	<input type="checkbox"/> Main G D	<input type="checkbox"/> Avant Pied G D	<input type="checkbox"/> Cavum
<input type="checkbox"/> Col Cervicale	<input type="checkbox"/> Doigt G D	<input type="checkbox"/> Scanométrie	<input type="checkbox"/> Abdomen à Blanc
<input type="checkbox"/> Col Dorsale	<input type="checkbox"/> Gril Costal G D	<input type="checkbox"/> Statique M. Inf.	
<input type="checkbox"/> Col Lombaire	<input type="checkbox"/> Sternum		
<input type="checkbox"/> Col Sacr + coccyx	<input type="checkbox"/> Bassin		<input type="checkbox"/> O.E.D
<input type="checkbox"/> Col Totale	<input type="checkbox"/> Art. Sacro-Illia.		<input type="checkbox"/> Transit grêle
<input type="checkbox"/> Epaule G D	<input type="checkbox"/> Hanche G D	<input type="checkbox"/> Hystérosalpingographie	<input type="checkbox"/> Lavement
<input type="checkbox"/> Clavicule G D	<input type="checkbox"/> Fémur G D	<input type="checkbox"/> Mammographie	<input type="checkbox"/> Défécographie
<input type="checkbox"/> Omoplate G D	<input type="checkbox"/> Genou G D	<input type="checkbox"/> Galactographie	
<input type="checkbox"/> Bras G D	<input type="checkbox"/> Jambe G D		<input type="checkbox"/> Urographie
<input type="checkbox"/> Coude G D	<input type="checkbox"/> Cheville G D		<input type="checkbox"/> Uréthro-Cysto
<u>Echographie :</u>			
.....			
<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)