



GHdC 2418 (19/03/13)

**SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE**

Formulaire de demande pour un examen en imagerie médicale  
*Par problématique clinique, un formulaire de demande distinct est exigé*

**Identification du patient :**

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Sexe :  Masculin  Féminin

Information cliniques pertinentes :

Explication de la demande de diagnostic :

Examen(s) pertinent(s) précédent(s) relatif(s) à la demande de diagnostic  
 CT  IRM  RX  Echographie  Autres  
 Implant

Examen(s) proposé(s) :

Informations supplémentaires pertinentes :  
 Allergie  Diabète  Insuffisance rénale  Grossesse  
 Implant



GHdC 2418 (19/03/13)

**SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE**

Formulaire de demande pour un examen en imagerie médicale  
*Par problématique clinique, un formulaire de demande distinct est exigé*

**Identification du patient :**

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Sexe :  Masculin  Féminin

Information cliniques pertinentes :

Explication de la demande de diagnostic :

Examen(s) pertinent(s) précédent(s) relatif(s) à la demande de diagnostic  
 CT  IRM  RX  Echographie  Autres  
 Implant

Examen(s) proposé(s) :

Informations supplémentaires pertinentes :  
 Allergie  Diabète  Insuffisance rénale  Grossesse  
 Implant

Cachet et signature

Examen demandé le.....

Cachet et signature

Examen demandé le.....

**Notre Dame** : RDV : 071/10 41 00|Secrétariat : 071/10 41 09|Fax :071/10.41.07  
**Saint-Joseph** : RDV : 071/ 10 75 50|Secrétariat : 071/10 75 51|Fax :071/10.75.67  
**Sainte-Thérèse** : RDV : 071/10 90 61|Secrétariat : 071/10 90 67|Fax :071/10.90.65  
**IMTR** : RDV : 071/10 61 15|Secrétariat : 071/10 61 08|Fax :071/10.63.98

**Notre Dame** : RDV : 071/10 41 00|Secrétariat : 071/10 41 09|Fax :071/10.41.07  
**Saint-Joseph** : RDV : 071/ 10 75 50|Secrétariat : 071/10 75 51|Fax :071/10.75.67  
**Sainte-Thérèse** : RDV : 071/10 90 61|Secrétariat : 071/10 90 67|Fax :071/10.90.65  
**IMTR** : RDV : 071/10 61 15|Secrétariat : 071/10 61 08|Fax :071/10.63.98