



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