

DEMANDE D'EXAMEN EN IMAGERIE MÉDICALE

1 Identification du patient

Nom: Prénom: Date de naissance:
Sexe: **F** **M** **I** Téléphone:

2 Examen souhaité (à renseigner obligatoirement)

Date de la demande:

Radio Écho Mammographie Autre à préciser:
Scanner IRM

3 Région anatomique à explorer

Cérébral Cou/ORL Thorax Abdomen Pelvis
Rachis à préciser: Membres à préciser: Autre à préciser:

4 Motif de l'examen, informations cliniques (à renseigner obligatoirement)

5 Finalité de l'examen

6 Informations supplémentaires pertinentes

Insuffisance rénale Diabète Implants
Allergie(s) à préciser: Grossesse Autre(s) à préciser:

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

Radio Écho Scanner IRM Autre(s) à préciser:

Pensez à rapporter les examens précédents!

8 Médecin prescripteur

Nom: Prénom: Tampon et signature
Spécialité: