

Dr Vincent Chaudron
Dr Sylviane Humbert
Dr Emmanuelle Schmitz

4 rue de l'As du Carreau
Place du Forum
90 000 Belfort

Tel: 03 84 28 03 43
Fax: 03 84 28 04 92
radio4as@gmail.com

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: _____