

## DEMANDE D'EXAMEN RADIOLOGIQUE

Date: [ ]

Heure: [ ] h [ ]

### Données patient

Nom: [ ]

Prénom: [ ]

Date de naissance: [ ]

Téléphone: [ ]

### Examen demandé

IRM [ ]

CT [ ]

RX [ ]

US [ ]

Biopsie/Infiltration [ ]

### Renseignements cliniques :

[ ]

Copie à: [ ]

Créatinine: [ ]  $\mu$ mol du [ ]

Allergies:  Oui  Non [ ]

### IMPORTANT

À signaler porteur d'un pacemaker, d'un neurostimulateur, implant électronique et d'un corps métallique qui peuvent être une contre-indication absolue à l'examen.

### Transmission du rapport par:

Mail sécurisé: [ ]

Tél: [ ]

Fax: [ ]

Date: [ ]

Sceau et signature: [ ]