

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: [] µmol 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: []