

Informations patient :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Téléphone :

Rendez-vous le à

Examen demandé :

IRM* / Arthro-IRM* :

CT* / Arthro-CT* :

***Informations cliniques à renseigner**

Allergies : Clearance :

Pacemaker, matériel implanté, corps Diabète :

étrangers métalliques : *Traitement à adapter par le médecin de famille*

..... *lors des examens à jeun.*

Radiographie :

Echographie :

Ponction / Infiltration :

Nous contacter si traitement anticoagulant en cours

Minéralométrie

Mammographie + Echographie

Renseignements et diagnostic clinique justifiant l'examen (art. 29 ORaP) :

.....

Question(s) posée(s) ?

.....

Médecin prescripteur :

Nom : Prénom :

Date :

Images sur : Diffusion sécurisée **Timbre et signature du médecin :**

CD-Rom

PACS

Copies :

.....

Dans le cadre de la présente demande, le médecin prescripteur s'engage à vérifier les éventuelles contre-indications à l'examen et à informer son patient des risques encourus lors d'une exposition aux rayons ionisants, aux allergies liées à l'usage éventuel de produit de contraste et aux complications pouvant survenir dans le cadre d'une procédure interventionnelle.

.....