



**Unité Vi de radiologie interventionnelle;**

**DEMANDE d'INTERVENTION ELECTIVE**

En vue de la planification du RDV, nous vous remercions d'avance de bien vouloir compléter ce document et de nous le renvoyer - [RAD.coordination.ri@chuv.ch](mailto:RAD.coordination.ri@chuv.ch) ou FAX : 021 314 9885

COORDONNÉES DU PATIENT :		DEMANDE INTERNE	IPP :
Nom :	Prénom	Date de naissance :	<input type="checkbox"/> Assurance privée
ADRESSE		téléphone :	<input type="checkbox"/> Extracantonale
MEDECIN REFERANT / DEMANDEUR			
rempli par :		No de tel :	Date de la demande : __ / __ / __
Coordonnées du MEDECIN TRAITANT			
Nom, prénom :		Téléphone :	Adresse :
GESTE DEMANDÉ			
<b>Cathétérisme des veines surrénales</b>		Médecin radiologue interventionnel <input checked="" type="checkbox"/> Dr Denys souhaité/ cas discuté avec :	
RESUME CLINIQUE (ou joindre annexe-s)			
Annexes	<input type="checkbox"/> dernière lettre de consultation	<input type="checkbox"/> résultats de laboratoire	<input type="checkbox"/> autre :
IMAGERIE	<b>* depuis juin 2021 ; Angio-CT surrénalien est préalable à l'intervention SVP</b>		
	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> CHUV	<input type="checkbox"/> EXT	LIEU :
Date de l'examen radiologique effectué : __ / __ / __	<input type="checkbox"/> RADIOPACS <input type="checkbox"/> CD donné au patient <input type="checkbox"/> CD ; à envoyer à CHUV Service de Radiodiagnostic et de Radiologie interventionnelle Coordination Ri BH07-122 Bugnon 46 1011- Lausanne		
GESTION COORDINATION RI (NE PAS COMPLETER)			
DEMANDE VALIDÉE PAR :		timbre du médecin radiologue interventionnel	__ / __ / __

