

DEMANDE D'EXAMEN RADIOLOGIQUE

Patient

Nom :

Prénom :

Sexe : Date de naissance :

Adresse :

Tél : Portable :

Maladie :

Nom assurance maladie :

N° carte d'assurance UE :

Accident Lamal

Accident LAA

Nom assurance accident :

Date de l'accident :

N° de sinistre :

AI / N° AVS :

Médecin prescripteur

Signature et timbre obligatoires:

Lieu et date :

Examen demandé :

Renseignements cliniques :

Autres particularités :

Allergies : OUI * NON

(* Si oui, merci de préciser : Date, Produit, Symptôme, Sévérité)

.....
.....
.....

Poids :

Pour les femmes : Grossesse ou possibilité de l'être ? OUI * NON

(* Si oui, merci de préciser le nombre de semaine) :

Créatinine/ eGFR: le

Anticoagulation : OUI NON

Pacemaker/ Défibrillateur : OUI * NON

Implants / Stimulateur / Shunt réglable/ Autres matériels : OUI * NON

* Merci de renseigner le modèle :

Transmission des résultats :

Copie des résultats à :