

## Formulaire de demande d'examen d'imagerie médicale

<b>Médecin demandeur :</b>  Nom, prénom : Code : Spécialité : Coordonnées :	<b>Identification du patient : (à remplir ou étiquette)</b>  Nom, prénom : Date de naissance :                      Sexe : Identifiant national : Coordonnées :
<b>Examen demandé :</b>  	
<b>Contexte clinique (informations cliniques) :</b>  	
<b>Diagnostic recherché (finalité) :</b>  	
<b>Informations pertinentes supplémentaires :</b>  <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale (DFG :            ml/min/1,73m <sup>2</sup> ) <input type="checkbox"/> Diabète, Metformine <input type="checkbox"/> Allergie aux produits de contraste <input type="checkbox"/> Examens antérieurs pertinents :	
<input type="checkbox"/> Contre-indication IRM <input type="checkbox"/> Infection <input type="checkbox"/> Traitement anticoagulant <input type="checkbox"/> Autres :	
<b>Date de la demande :</b>	<b>Signature du médecin demandeur :</b>
<hr/>	
<b>Validation / Modification par le médecin réalisateur :</b>  Nom du médecin réalisateur :  Modification de la demande d'examen : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, remplacé par :  Examen complémentaire nécessaire : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, à compléter par :  <b>Date de validation / modification :</b> <b>Signature du médecin réalisateur :</b>	