

CABINET DE RADIOLOGIE
DOCTEUR GREGOIRE
RUE DU COLLEGE.54
6200 CHATELET
TEL : 071/38.12.68

Formulaire de demande pour un examen en imagerie médicale
(Art.17 et 17bis NPS)

Par problématique clinique, un formulaire de demande distinct est exigé

Identification du patient (remplir ou vignette O.A.)

Nom:	Prénom(s):
Date de naissance:	
Sexe:	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> féminin

Informations cliniques pertinentes

--

Explication de la demande de diagnostic

--

Informations supplémentaires pertinentes

<input type="checkbox"/> Allergie	<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/> Grossesse	<input type="checkbox"/> Implant
-----------------------------------	----------------------------------	--	------------------------------------	----------------------------------

Examen(s) proposé(s)

--

Examen(s) proposé(s) précédent(s) relatif(s) à la demande de diagnostic

<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> Echographie	<input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Inconnu
-----------------------------	------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

* **Cachet du médecin prescripteur**

Date :

Signature :

* **Cachet du prescripteur avec mention du nom, prénom, adresse et numéro INAMI**