

Centre radiologique de Meise – Dr. J. R. Schoysman
Nieuwelaan 47 – 1860 Meise
Tel: 02 / 270 00 72 – GSM: 0497 / 540 977

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
<input type="checkbox"/> Autres:				

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:	Cachet:
Signature:	