

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'EXAMEN EN IMAGERIE MEDICALE

Cf. Règl. 11-6-12 – M.B. 24-1-13 – art. 2 - ANNEXE 82 - art 17 et 17bis NPS

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

Nom : ..... Prénom: .....

DDN :  /  /  Sexe:  Masculin  Féminin

CASE RESERVEE AU SERVICE

**Par problématique clinique, un formulaire de demande distinct est exigé**

**Informations cliniques pertinentes:** (obligatoire)

**Explication de la demande de diagnostic - Questions posées:** (obligatoire)

**Informations supplémentaires pertinentes:** (obligatoire)

Allergie  Diabète  Insuffisance rénale  Grossesse  Implant

Allergie aux contrastes iodés  Pacemaker  Autre: .....

**Examen(s) proposé(s)/ demandé(s):** (obligatoire)

**Examens précédents éventuels relatifs à la demande de diagnostic:**(obligatoire) Date de réalisation: .....

RX  Echographie  CT scan  IRM  Autre:.....  Inconnu

**Prescripteur:** (Cachet du prescripteur avec mention du nom, prénom, adresse, n° de téléphone et numéro INAMI)

Date: ..... Signature

Copie résultats à .....  Cocher ici si vous souhaitez recevoir un **CD Rom** (accès en ligne sécurisé par défaut)

**Dans le cas où l'examen est à réaliser en urgence,** prière de l'inscrire ci dessous **et de fournir le numéro de téléphone** où vous êtes joignable pour la communication des résultats: .....

**NB: Le WE et en soirée, il est demandé au prescripteur de prévenir personnellement la garde au préalable au 056 85 83 05**