

DEMANDE EXAMEN IMAGERIE MEDICALE



Prise de rendez-vous
Seraing : 04.338.90.50
Waremmé : 019.33.88.30
Flémalle : 04.234.94.30

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

Renseignements patient

Mutuelle :

Matricule :

VIGNETTE

Nom, prénom :

Adresse :

Sexe : ☐ F ☐ M Né(e) le : DU n° :

Renseignements médecin prescripteur

Cachet - INAMI :

Date et signature :

☐ Copie à :

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

Examen(s) proposé(s)

Informations cliniques pertinentes

Explication de la demande de diagnostic

Informations supplémentaires pertinentes

☐ Grossesse

☐ Diabète

☐ Insuffisance rénale

☐ Implant, PCMK

☐ Allergies :

Autres :

Examen(s) pertinent(s) précédent(s) relatif(s) à la

☐ CT

☐ RMN

☐ RX

☐ Echo

☐ Autres :

☐ Inconnu

* d'application à partir du 1er mars 2013

Version juin 2013