

Demande d'examen radiologique

Rendez-vous

Convoquer le patient

Patient se connecte

Médecin traitant

GLN RCC

Tél.

Mail

Institut de Radiologie

GLN Mail

Patient

Nom

Rue

NP / Lieu

Tél.

Prénom

Date naiss. Sexe

N° AVS

Mail

Assurance

Cas

Loi

N° assuré

N° cas/date

Examens radiologiques précédents

Anamnèse, données cliniques, indications

Question médicale

- Claustrophobie
- Grossesse
- Allergies
- Hyperthyroïdie
- Diabète
- Metformine
- Anticoagulation
- Corps étrangers en métal
- Piercing
- Pacemaker
- Neurostimulation
- Pompe à insuline
- Pompe à douleur
- Implant cochléaire
- Insuffisance rénale

Créatinine µmol/l

Examen désiré

Organe, région

Images sur:

Rapport à fax:

Rapport à eMail:

Copie du rapport à:

Date:

Signature: _____

superflu pour envoi électronique

**Transmission
électronique**