

**Formulaire de demande pour un examen en imagerie médicale**

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

Nom:

Date de naissance:

Sexe :

**Informations cliniques pertinentes :**

Hématurie : Oui / Non      Leucocyturie : Oui / Non  
Protéinurie : Oui / Non

**Explication de la demande de diagnostic :**

Morphologie rénale et contours rénaux. Tailles du rein, parenchymes, présence de lithiase, de kyste ou de pathologie tumorale?  
+ Autres

**Informations supplémentaires pertinentes :**

Allergie       Diabète       Insuffisance rénale non connue       Grossesse  
 Implant       Autres :

**Examen(s) proposé(s)**

CT voie urinaire sans contraste       RMN       RX thorax face profil debout

**ECHOGRAPHIE VOIE URINAIRE**

Autres:

**Examen(s) pertinent(s) précédent(s) relatif(s) à la demande de diagnostic**

CT       RMN       RX       Echographie voie urinaire

Autres: Inconnu

COPIE PROTOCOLE EXAMEN à : patiente et médecin traitant.

COPIE IMAGERIE à :

**cachet du médecin prescripteur \***

Date:

Signature: