

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 :
Explication de la demande de diagnostic : Morphologie rénale et contours rénaux. Tailles des reins, + ETUDE DE LA VASCULARISATION RENALE. → pic de montée systolique ostium artère rénale D/G. → Index de résistance, par rapport à l'âge (percentile).
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) <input type="checkbox"/> CT voie urinaire sans contraste <input type="checkbox"/> RMN <input type="checkbox"/> RX thorax face profil debout <input checked="" type="checkbox"/> Echographie doppler rénal et artère rénale <input type="checkbox"/> Autres:
Examen(s) pertinent(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 voie urinaire <input type="checkbox"/> Autres:
<input type="checkbox"/> COPIE PROTOCOLE EXAMEN à : patiente et médecin traitant.
<input type="checkbox"/> COPIE IMAGERIE à :

cachet du médecin prescripteur *

Date:

Signature:

