

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 : Polykystose hépatorénale : suivi Volumétrieque
Explication de la demande de diagnostic : Rein droit Morphologie rénale et contours rénaux. + Volumétrie hépato rénale dans le cadre d'un suivi pronostic de la maladie polykystique (CFR MAYO clinique) : Lien : https://www.mayo.edu/research/documents/pkd-center-adpkd-classification/doc-20094754
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 HEPATO RENALE <input type="checkbox"/> RX thorax face profil debout <input type="checkbox"/> Echographie <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: Inconnu
<input type="checkbox"/> COPIE PROTOCOLE EXAMEN à : médecin traitant.
<input type="checkbox"/> COPIE IMAGERIE à :

cachet du médecin prescripteur *

Date:

Signature: