



POLE D'IMAGERIE MEDICALE

DEMANDE D'EXAMEN DE SCANNER - RADIOLOGIE - ECHOGRAPHIE SCINTIGRAPHIE

SERVICE DEMANDEUR : Date de la demande : ☎ :	NOM DU MEDECIN DEMANDEUR Signature	NOM du Patient Prénom Nom de Jeune Fille Date de Naissance N° épisode
DEGRÉ D'AUTONOMIE DU PATIENT VALIDE <input type="checkbox"/> CHAISE <input type="checkbox"/> ALITÉ <input type="checkbox"/>	OXYGÈNE OUI Débit : NON ALLERGIES : B.M.R :	GROSSESSE <i>Déclarée</i> <input type="checkbox"/> <i>Suspectée</i> <input type="checkbox"/> <i>Date des dernières règles</i> CLAIRANCE DE CREATINEMIE :

* EXAMEN A REALISER

* ORGANE À EXPLORER

* RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET PARACLINIQUES

* HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES

* OBSERVATIONS

Les informations manquantes, incomplètes ou erronées peuvent entraîner des risques pour le patient, engager la responsabilité du médecin demandeur et augmenter le délai d'attente du rendez-vous.