



Formulaire de demande d'examen radiologique

(art.17 et 17bis NPS)

Par problématique clinique, un formulaire de demande distinct est exigé

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

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Sexe:

Masculin

Féminin

Informations cliniques pertinentes

Explication de la demande de diagnostic (= diagnostic recherché)

Informations complémentaires pertinentes

Allergie

Diabète

Ins.rénale

Grossesse

Implant

Autres:

Examen(s) proposé(s)

Examens précédemment réalisés relatifs au même diagnostic

CT

RMN

RX

Echographie

Mammo

Autre

Inconnu

Cachet du médecin prescripteur (mention obligatoire du nom, prénom, adresse et n° INAMI)

date:

signature :