

[I – Règl. 11-6-12 – M.B. 24-1-13 – art. 2; R – Règl. 19-3-18 – M.B. 9-4 – art. 2] (°)

[ANNEXE 82

Formulaire de demande pour un examen en imagerie médicale

(art. 5, 17 et 17bis NPS)

Par problématique clinique, un formulaire de demande distinct est exigé.

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

Nom:	Prénom(s):
Date de naissance:	
Sexe <input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin

Informations cliniques pertinentes

--

Explication de la demande de diagnostic

--

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)

--

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	<input type="checkbox"/> Autres:	<input type="checkbox"/> Inconnu
-----------------------------	------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

Cachet du prescripteur *

Date:
Signature:

* Cachet du prescripteur avec mention du nom, prénom, adresse et numéro INAMI]