

# DEMANDE D'EXAMEN



Nom: .....

Prénom: .....

Date de naissance: .....

Téléphone: .....

IRM:

Minéralométrie

Scanner:

Mammographie +  Echographie

Echographie:

Radiologie conventionnelle:

Arthro-IRM  Arthro-CT  Ponction / Infiltration:

## INDICATIONS CLINIQUES ET QUESTIONS

Créatinine: (<7j) .....  $\mu\text{mol/l}$  ou Clearance: (Cockroft) (<7j) ..... ml/min

Allergie: (si oui, médicaments) .....

Grossesse: (si oui, dernières règles) .....

Anticoagulation: (si oui, médicaments) .....

Diabète: (si oui, médicaments) .....

Pace-maker, appareil électronique, implanté, corps étranger métallique .....

### MEDECIN DEMANDEUR DE L'EXAMEN

(SIGNATURE indispensable)

Nom: .....

Prénom: .....

Date: .....

TIMBRE ET SIGNATURE

PAR SA SIGNATURE, LE MEDECIN DEMANDEUR ATTESTE QUE LES EVENTUELLES CONTRE-INDICATIONS ET RISQUES LIE A L'EXAMEN ONT ETE DUMENT INDIQUES AU PATIENT, NOTAMMENT CEUX LIE AUX RAYONS IONISANTS, AUX ALLERGIES, ET AUX COMPLICATIONS POUVANT RESULTER D'UN GESTE INTERVENTIONNEL ET QU'IL A INFORME LE PATIENT DES MODALITES DE REALISATION DE L'EXAMEN DISPONIBLES SUR NOTRE SITE. INTERNET [www.iris-radiologie.ch](http://www.iris-radiologie.ch) (ou via le QRCode)

Copies: .....

Images:  CD  Films



Fiche d'information

Date et heure d'examen: le ..... à ..... h