



**Siège social**  
CHC asbl  
Rue de Hesbaye 75  
B - 4000 LIEGE

### RENDEZ-VOUS

- Clinique Saint-Joseph  
**Liège**  
Tél. : 04 224 88 00  
IRM : 04 224 85 93
- Clinique de l'Espérance  
**Montegnée**  
Tél. : 04 224 90 40
- Clinique Notre-Dame  
**Hermalle**  
Tél. : 04 374 70 50
- Clinique Sainte-Elisabeth  
**Heusy**  
Tél. : 087 21 37 10
- Clinique St-Vincent  
**Rocourt**  
Tél. : 04 239 47 10
- Clinique Notre-Dame  
**Waremme**  
Tél. : 019 33 94 55

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'EXAMEN EN IMAGERIE MEDICALE

### IDENTIFICATION DU PATIENT (OBLIGATOIRE)

Nom : ..... Prénom(s) : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / ..... Sexe :  Masculin  Féminin  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone : .....  Externe  Hospitalisé

Ambulatoire  Chaise  Lit  Brancard

EXAMEN(S) PROPOSÉ(S) (OBLIGATOIRE)  URGENT  A REALISER DANS LES 24 HEURES

*Attention : 1 prescription par problème clinique*

### INFORMATIONS CLINIQUES PERTINENTES (OBLIGATOIRE)

### EXPLICATION DE LA DEMANDE DE DIAGNOSTIC (OBLIGATOIRE)

### INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES PERTINENTES (OBLIGATOIRE)

### EXAMEN(S) PERTINENT(S) PRÉCÉDENT(S) RELATIF(S) À LA DEMANDE DE DIAGNOSTIC (OBLIGATOIRE)

*Pour tous les examens y compris l'IRM :*

- Antécédents d'allergie
- Prise de biguanides (Diabète)
- Fonction rénale :  Normale  Perturbée (MDRD : .....)
- Insuffisance cardiaque
- Grossesse

*Pour l'IRM :*

- Implants métalliques :  Non  Oui (Type : .....)
- Claustrophobie sévère

- RX  US  CT  IRM  Inconnu
- Autre : .....

### Contexte oncologique

- Thyroïde  Cerveau - ORL
- Système urinaire  Poumons
- T. Neuro-endocrinienne  Gynécologique
- Pancréas  Colorectal
- Mélanome  Hématologique
- Seins  Prostate
- Foie
- Carcinoïde

### CACHET DU MEDECIN PRESCRIPTEUR

(Nom, Prénom, Adresse, Numéro INAMI) (OBLIGATOIRE)

Date :

Signature :

### Anamnèse paramédicale

### Copie du compte-rendu au Docteur :

Examen prévu le ..... / ..... / .....  
 A jeun  Non à jeun

Le patient est informé des risques et marque son accord pour les examens