

**RENDEZ-VOUS**

- Clinique CHC Hermalle**  
Tél. 04 374 70 50
- Clinique CHC Heusy**  
Tél. 087 21 37 10
- Clinique CHC MontLégia**  
Tél. 04 355 61 00
- Clinique CHC 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**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Thyroïde               | <input type="checkbox"/> Cerveau - ORL |
| <input type="checkbox"/> Système urinaire       | <input type="checkbox"/> Poumons       |
| <input type="checkbox"/> T. Neuro-endocrinienne | <input type="checkbox"/> Gynécologique |
| <input type="checkbox"/> Pancréas               | <input type="checkbox"/> Colorectal    |
| <input type="checkbox"/> Mélanome               | <input type="checkbox"/> Hématologique |
| <input type="checkbox"/> Seins                  | <input type="checkbox"/> Prostate      |
| <input type="checkbox"/> Foie                   |  |
| <input type="checkbox"/> 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