

Sans cette prescription, l'examen ne pourra être réalisé
Par problématique clinique, un formulaire de demande distinct est exigé

Etiquette patient

Identification du patient

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Poids :

Taille :

Imagerie médicale

Site de Mons

Av Baudouin de Constantinople, 5
B-7000 Mons
065/38 55 11

RDV Mons

Scanner/écho/radio
065/38 55 11
(Taper 1)

mons.radiologie@jolimont.be

Sénologie
065/38 55 11
(Taper 3)

cdsm@jolimont.be

Site de Warquignies

Rue des Chauffours, 27
7300 Boussu
065/38 55 11

RDV Warquignies

Scanner/écho/radio
065/38 55 11
(Taper 1)

boussu.radiologie@jolimont.be

Sénologie
065/38 55 11
(Taper 3)

cdsm@jolimont.be

IRM
065/38 55 11
(Taper 4)

boussu.rmn@jolimont.be

Informations cliniques pertinentes

Explication de la demande de diagnostic

Informations supplémentaires pertinentes

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergie contraste iodé | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale |
| <input type="checkbox"/> Allergie au Gadolinium | <input type="checkbox"/> Implant | <input type="checkbox"/> Grossesse |
| <input type="checkbox"/> Allergie autre | <input type="checkbox"/> Contre-indication IRM : | |
| <input type="checkbox"/> Créatinine : | <input type="checkbox"/> Filtration glomérulaire : | |
| <input type="checkbox"/> Autres : | | |

Examen(s) proposé(s)

- IRM :
- Scanner :
- Radiographie :
- Echographie :
- Bilan sénologique :
- Autre :

Examen(s) proposé(s) précédent(s) relatif(s) à la demande

- IRM Scanner Radio Echo Aucun Inconnu
- Autres :

Médecin prescripteur

Date :

Cachet :

Signature :