

Par problématique clinique, un formulaire de demande distinct est exigé  
SANS CETTE DEMANDE, L'EXAMEN NE POURRA ETRE REALISE

**Imagerie médicale**

**Site de Nivelles**

📍 Rue Samiette 1  
1400 Nivelles  
☎ 067/88 52 11

**Site de Tubize**

📍 Avenue de scandiano 8  
1480 Tubize  
☎ 02/391.01.30

@

[radiologie.nivelles3@jolimont.be](mailto:radiologie.nivelles3@jolimont.be)

Identification du patient

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Poids : Kilo Taille : cm

*Etiquette patient*

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 : .....
- Autre : .....

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

- IRM     Scanner     Radio     Echo     Aucun     Inconnu
- Autres :

Médecin prescripteur

Date : Cachet :

Signature :