

FORMULAIRE DE DEMANDE POUR UN EXAMEN EN IMAGERIE MEDICALE

Par problématique clinique, un formulaire de demande distinct est exigé.

RADIOLOGIE LA CAMBRE

Avenue Louise 480 - IT Tower - 4ème -1050 Bruxelles

Transports en commun : Tram 7 - 8 - 93 Arrêt Legrand E-Mail: info@radiologielacambre.be
Téléphone : 02/493 06 60 Internet : www.radiologielacambre.be

Identification du patient (remplir ou vignette O.A.)

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Sexe : Féminin Masculin

Informations cliniques pertinentes

Explication de la demande de diagnostique

Informations supplémentaires pertinentes

Allergie : Diabète Insuffisance rénale Grossesse Implant
 Autre :

ECHOGRAPHIE

Abdomen supérieur – total
 Foie – Vésicule – Voies biliaires
 Reins – Vessie
 Petit bassin féminin Endocavitaire
 Petit bassin masculin
 Prostate par voie endorectale
 Scrotum
 Thyroïde
 Tissus mous :
 Muscles :

SENOLOGIE

Mammographie Bilan sénologique complet
 Echographie
 Cytoponction Microbiopsies

RADIOGRAPHIE

Région :
 Droit Gauche

INTERVENTIONNEL

Région : Ponction de la thyroïde
Evacuation de : Corticostéroïdes
(A prescrire)
Infiltration (région):..... Ac. Hyaluronique
(A prescrire)
 PRP

CONE BEAM CT

Sinus – Massif facial
 Dentalscan (Région) :
 Membre (sans contraste)
 Arthro-scanner (Région) :

DENSITOMETRIE OSSEUSE

Autre :

Examen(s) pertinent(s) précédent(s) à la demande diagnostic :

Radiographie CT IRM Échographie Autre :

Cachet du médecin prescripteur (Nom, prénom, adresse, N°INAMI)

Date :

Signature :

**TOUT ETAT DE GROSSESSE DOIT
ETRE SIGNALÉ AVANT TOUT
EXAMEN**