

DEMANDE D'EXAMEN



IRIS
RADIOLOGIE

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Téléphone:

IRM:

Minéralométrie

Scanner:

Mammographie + Echographie

Echographie:

Radiologie conventionnelle:

Arthro-IRM Arthro-CT Ponction / Infiltration:

INDICATIONS CLINIQUES ET QUESTIONS

Créatinine: (<7j) µmol/l ou Clearance: (Cockroft) (<7j) ml/min

Allergie: (si oui, médicaments)

Grossesse: (si oui, dernières règles)

Anticoagulation: (si oui, médicaments)

Diabète: (si oui, médicaments)

Pace-maker, appareil électronique, implanté, corps étranger métallique

MEDECIN DEMANDEUR DE L'EXAMEN

(SIGNATURE indispensable)

Nom:

Prénom:

Date:

TIMBRE ET SIGNATURE

PAR SA SIGNATURE, LE MEDECIN DEMANDEUR ATTESTE QUE LES EVENTUELLES CONTRE-INDICATIONS ET RISQUES LIE A L'EXAMEN ONT ETE DUMENT INDIQUES AU PATIENT, NOTAMMENT CEUX LIE AUX RAYONS IONISANTS, AUX ALLERGIES, ET AUX COMPLICATIONS POUVANT RESULTER D'UN GESTE INTERVENTIONNEL ET QU'IL A INFORME LE PATIENT DES MODALITES DE REALISATION DE L'EXAMEN DISPONIBLES SUR NOTRE SITE. INTERNET www.iris-radiologie.ch (ou via le QRCode)



Fiche d'information

Copies:

Images: CD Films

Date et heure d'examen: le à h