

Données personnelles

Nom : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : _____
 Adresse : _____ [Etiquette patient]

 Téléphone : _____
 E-mail : _____
 N° d'assurance : _____

Données du médecin référent

Nom : _____
 Prénom : _____
 Téléphone : _____
 Date et signature : _____
 Médecin traitant : _____
 Copie à : _____
 Date souhaitée : _____

		RX	US	TDM	IRM
Syst. ostéo-articulaire	G D				
	☐ ☐				
	☐ ☐				
	☐ ☐				
	☐ ☐				
Arthro	IRM ☐	☐ ☐			
	TDM ☐	☐ ☐			
Crâne					
Cou					
Colonne	Cervicale				
	Dorsale				
	Lombaire				
Bassin					
Thorax					
Abdomen	Supérieur				
	Inférieur				
	Prostate				
Autre :					

☐	Allergie(s) :
☐	Créatininémie :
☐	Anticoagulants :
☐	Date dernières règles :
☐	Hyperthyroïdie :
☐	Diabète – Metformine :
☐	Claustrophobie :
☐	PCMK :
☐	Implant :
☐	Tatouage(s) récent(s) :
☐	Chirurgie récente :
☐	Autre :

Indications : _____

Antécédents : _____

