



DEMANDE D'EXAMEN RADIOLOGIQUE

Date:

Heure:

 h

Données patient

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Téléphone:

Examen demandé

IRM

CT

RX

US

Biopsie/Infiltration

Renseignements cliniques :

Copie à:

Créatinine:

 μmol du

Allergies:

 Oui Non

IMPORTANT

À signaler porteur d'un pacemaker, d'un neurostimulateur,
implant électronique et d'un corps métallique qui peuvent
être une contre-indication absolue à l'examen.

Transmission du rapport par:

mail sécurisé:

Tél:

Fax:

Date:

Sceau et signature: