

## Formulaire de demande d'examen radiologique

(art.17 et 17bis NPS)

Par problématique clinique, un formulaire de demande distinct est exigé

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

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
Date de naissance: \_\_\_\_\_  
Sexe:  Masculin  Féminin

### Informations cliniques pertinentes

### Explication de la demande de diagnostic (= diagnostic recherché)

### Informations complémentaires pertinentes

Allergie  Diabète  Ins.rénale  Grossesse  Implant  
 Autres:

### Examen(s) proposé(s)

### Examens précédemment réalisés relatifs au même diagnostic

CT  RMN  RX  Echographie  Mammo  
 Autre  Inconnu

### Cachet du médecin prescripteur ( mention obligatoire du nom, prénom, adresse et n° INAMI)

date:

signature :