

Patient

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Téléphone:

Adresse :

Rendez-vous

Urgent

Non urgent

Patient à convoquer

Patient nous contactera

Patient a rendez-vous :

Le

à

Motif:

Maladie

Accident

Examen(s) demandé(s)

Radiographie :

Radioscopie :

(TOGO, lavement, cystographie rétrograde)

Échographie :

Echo-Doppler :

Mammographie :

Ponction/infiltration :

Biopsie :

Renseignements cliniques

Questionnaire de sécurité

Créatinine < 7 jours

Anticoagulation. Si oui, médicaments :

Allergie (produit de contraste)

Autres renseignements :

Grossesse. Si oui, dernières règles le :

Médecin prescripteur

Nom et prénom:

Adresse e-mail:

Copie des résultats:

Téléphone:

Date et signature
