

[ANNEXE 82]

Formulaire de demande pour un examen en imagerie médicale

(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(s): _____
Date de naissance: _____
Sexe Masculin Féminin NISS: - (ex: 50.00.00-320.20)

Informations cliniques pertinentes

.....

Explication de la demande de diagnostic

Examen urgent

Informations supplémentaires pertinentes

Allergie Diabète Insuffisance rénale Grossesse Implant
 Autres: _____

Examen(s) proposé(s)

Radiographie panoramique auprès du cabinet du dentiste Adriaens R. (3/79/185/85/001) rue Longue 300, Drogenbos

Examen(s) pertinent(s) précédent(s) relatif(s) à la demande de diagnostic

CT RMN RX Echographie Autres: _____ Inconnu

Cachet du médecin prescripteur *

Date: _____
Signature: _____

** Cachet du prescripteur avec mention du nom, prénom, adresse et numéro INAMI*

Copie de l'examen radiologique au médecin prescripteur

Adresse de courriel du médecin prescripteur :
Directives complémentaires :

** Cachet du prescripteur avec mention du nom, prénom, adresse et numéro INAMI*