



Imagerie
Médicale
Ambulatoire

Hôpital
Erasme



Centre d'Imagerie Médicale
Ambulatoire Erasme

Route de Lennik 501
B-1070 Bruxelles
+32 2 318 18 31
Fax. +32 2 318 58 54
info@imedia-erasme.be
www.imedia-erasme.be

DEMANDE POUR UN EXAMEN DE RADIOLOGIE

IDENTIFICATION DU PATIENT (REPLIR OU VIGNETTE O.A)

Nom : Prénom : Date de naissance : / /

Sexe : Masculin Féminin N° de téléphone :

EXAMEN(S) PROPOSÉ(S)

EXPLICATION DE LA DEMANDE DE DIAGNOSTIC

INFORMATIONS CLINIQUES PERTINENTES

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES PERTINENTES

Allergie Implant Diabète
 Insuffisance rénale Grossesse Autres :

EXAMEN(S) ANTERIEUR(S) RELATIF(S) À LA DEMANDE DE DIAGNOSTIC

Radiographie Echographie Scanner IRM Mammographie Autre (précisez) Inconnu

CACHET DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR *

Date : / /

Signature :

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

IL EST IMPÉRATIF DE SE MUNIR DE CE DOCUMENT LE JOUR DE L'EXAMEN. SANS CELUI-CI, L'EXAMEN NE POURRA PAS ÊTRE RÉALISÉ.