

Formulaire d'inscription à l'imagerie médicale

Données personnelles	Nom:	Rue:	
	Prénom:	Code postal, Ville:	
	Date de naissance:	Téléphone:	
	Sexe: ☐ M ☐ F ☐ autre		
	Centre de coût:		
	☐ Assurance maladie ☐ Accident ☐ Auto-payeur		
	Assurance:	No d'assurance:	
Informations spécifiques à la demande	Examen médical à expertiser		
	☐ IRM ☐ CT ☐ Infiltration		
	Partie du corps:		
	Informations cliniques, questions:		
	Allergies:		Taux de créatinine:
	Implants: ☐ non ☐ oui		
Stimulateur cardiaque: ☐ non ☐ oui		Grossesse: ☐ non ☐ oui	
☐ Contacter le patient pour une consultation		☐ Le Patient a déjà un rendez-vous pour une consultation le:	
Réfèrent	☐ Conclusion rapide		
	Médical: ☐ Portail ☐ E-mail ☐ Courrier		
	Documentation sur l'image: ☐ Portail ☐ CD ☐ aucun		
	Copie du rapport medical à envoyer à:		
	Medecin:		
	Nom / Prénom:		
	Téléphone / portable:		
Adresse email:		Date:	