

Formulaire d'inscription à l'imagerie médicale

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