



# RÖNTGENINSTITUT

S E E L A N D

## Demande d'examen

Nom: Prénom:  
Rue, No.: Code postal, domicile:  
No. de tél. privé et mobile: No. de tél. prof.:  
Masculin Féminin Date de naissance:  
Caisse maladie: Numéro AVS:  
Assurance accident: Adresse-e-mail:  
Suva APG AI Autres No. de sinistre:

## Examen désiré

Radiographie Organe, région:  
Échographie  
Ostéodensitométrie par Dexa  
Tomodensitométrie (CTscan)  
Imagerie résonance magnétique (IRM)

## Informations cliniques, indication

Grossesse

Souffrez-vous d'une allergie aux produits de contraste, avez-vous une dysfonction rénale ou une hyperfonction de la thyroïde?

Autres particularités (patient couché; handicapé; chaise roulante):

**Important pour les examens d'IRM:**

Patient souffrant de claustrophobie

Des stimulateurs cardiaques/neurologiques, des clips vasculaires cérébraux et des pompes à insuline sont des contre-indications.

## Date de l'examen

Date: Heure: Fixer un rendez-vous

D'éventuels clichés déjà existants sont à envoyer ou à remettre au patient.

Images sur: CD Pas d'images Accès online aux images souhaitées Rapport immédiat téléphonique  
Rapport immédiat téléphonique

Lieu, date: Médecin traitant (timbre, signature)

Copie du rapport à:

Envoyez s.v.p. formulaires pour demande d'examen