

FORMULAIRE DE DEMANDE POUR UN EXAMEN EN IMAGERIE MEDICALE

Par problématique clinique, un formulaire de demande distinct est exigé.

RADIOLOGIE DR BERSOU

Boulevard Louis Mettewie, 37 – 2^{ème} étage – 1080 Bruxelles

Transports en commun : Bus 49 et 53

Arrêt LEROY

Bus 85 – TRAM 82 Arrêt Cimetière de Molenbeek

E-Mail: info@drbersou.be

Téléphone : 02/468 20 17

Internet : www.drbersou.be

Identification du patient (remplir ou vignette O.A.)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Informations cliniques pertinentes

Explication de la demande de diagnostique

Informations supplémentaires pertinentes

☐ Allergie : ☐ Diabète ☐ Insuffisance rénale ☐ Grossesse ☐ Implant
☐ Autre :

ECHOGRAPHIE

☐ Abdomen supérieur – total
☐ Foie – Vésicule – Voies biliaires
☐ Reins – Vessie
☐ Petit bassin féminin ☐ Endocavitaire
☐ Petit bassin masculin
☐ Prostate par voie endorectale
☐ Scrotum
☐ Thyroïde
☐ Tissus mous :
☐ Muscles :

ECHO-DOPPLER

☐ Région :

SENOLOGIE

☐ Mammographie ☐ Bilan sénologique complet
☐ Echographie
☐ Cytoponction ☐ Microbiopsies

RADIOGRAPHIE

Examen(s) pertinent(s) précédent(s) à la demande diagnostic :

☐ Radiographie ☐ CT ☐ IRM ☐ Échographie ☐ Autre :

Région :

☐ Droit ☐ Gauche

INTERVENTIONNEL

Région : ☐ Ponction de la thyroïde
Evacuation de : ☐ Corticostéroïdes
(A prescrire)
Infiltration (région):..... ☐ Ac. Hyaluronique
(A prescrire)
☐ PRP

CONE BEAM CT

☐ Sinus – Massif facial
☐ Dentalscan (Région) :
☐ Membre (sans contraste) :
☐ Arthro-scanner (Région) :

DENSITOMETRIE OSSEUSE

☐ Autre :

Cachet du médecin prescripteur (Nom, prénom, adresse, N°INAMI)

Date :

Signature :

**TOUT ETAT DE GROSSESSE DOIT
ETRE SIGNALE AVANT TOUT
EXAMEN**