

rendez-vous le _____ à _____ h

FORMULAIRE DE DEMANDE D'EXAMEN D'IMAGERIE MÉDICALE

Un formulaire de demande est requis pour chaque question clinique.

IDENTIFICATION DU PATIENT :

ÉTIQUETTE RX

ÉTIQUETTE PATIENT / BANDEAU VI

Nom :
 Prénom(s) :
 Date de naissance :
 Sexe : masculin / féminin

<p>Examen(s) proposé(s) : (obligatoire)</p>	<p>Explication de la demande de diagnostic : (obligatoire)</p>
<p>Examen(s) pertinent(s) précédent(s) relatif(s) à la demande de diagnostic : (obligatoire)</p> <p><input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> RMN <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> Échographie</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p> <p><input type="checkbox"/> Inconnu</p>	<p>Informations cliniques pertinentes : (obligatoire)</p>
<p>Informations obligatoires du médecin prescripteur lors des examens à produit de contraste</p> <p>Indiquez s'il y a lieu :</p> <p><input type="checkbox"/> Fonction rénale : (e)GFR > 60</p> <p><input type="checkbox"/> Fonction rénale : (e)GFR < 60</p> <p><input type="checkbox"/> Allergie</p> <p>Si demande de drainage, de ponction, d'angio ou de biopsie : vérifier les paramètres de coagulation avant l'examen.</p>	<p>Questionnaire obligatoire pour le patient et/ou le médecin prescripteur lors des examens à produit de contraste</p> <p>Indiquez s'il y a lieu :</p> <p><input type="checkbox"/> Avez-vous déjà subi un examen similaire avec produit de contraste ?</p> <p><input type="checkbox"/> Avez-vous déjà eu une réaction allergique au produit de contraste ?</p> <p><input type="checkbox"/> Souffrez-vous d'allergies et/ou prenez-vous des médicaments pour les allergies ?</p> <p><input type="checkbox"/> Avez-vous de l'asthme ?</p> <p><input type="checkbox"/> Souffrez-vous de la maladie de Kahler ?</p> <p><input type="checkbox"/> Êtes-vous diabétique ? Si oui, prenez-vous des médicaments pour le diabète ?</p> <p><input type="checkbox"/> Avez-vous un problème de thyroïde ?</p> <p><input type="checkbox"/> Souffrez-vous d'une maladie cardiaque grave ?</p> <p><input type="checkbox"/> Vos reins fonctionnent-ils moins bien ?</p> <p><input type="checkbox"/> Êtes-vous susceptible d'être enceinte ou allaitez-vous ?</p> <p><input type="checkbox"/> Autres informations supplémentaires pertinentes : </p> <p>Si vous vous soumettez à la RMN, complétez également le verso !</p>
<p style="text-align: center;">Remarques importantes</p> <p>Indiquez s'il y a lieu :</p> <p><input type="checkbox"/> Risque de contamination :</p> <p><input type="checkbox"/> Patient en isolement :</p> <p><input type="checkbox"/> Transport du patient : <input type="checkbox"/> à pied <input type="checkbox"/> chaise roulante <input type="checkbox"/> lit</p> <p><input type="checkbox"/> Examen radiologique au lit</p> <p><input type="checkbox"/> Grossesse possible</p> <p><input type="checkbox"/> Ne rien administrer par voie orale</p>	<p>Signature du patient :</p> <p>Date :</p>
<p>Signature du prescripteur : (cachet avec nom, prénom, adresse, n° INAMI)</p> <p>Date :</p>	<p>Signature du patient :</p> <p>Date :</p>

Ce formulaire de demande est éligible au remboursement par l'INAMI uniquement si toutes les sections ont été dûment complétées par le médecin prescripteur, en exécution de l'article 22 de la loi AMI. Dans le cas contraire, l'examen demandé peut être retardé. En cas d'empêchement, veuillez annuler le rendez-vous au moins 48 heures à l'avance aux numéros susmentionnés, faute de quoi une pénalité administrative sera appliquée.

Vous allez entrer dans un champ magnétique puissant. Pour votre sécurité, veuillez répondre à toutes les questions ci-dessous et laissez tous les objets métalliques ou magnétiques (montre, téléphone portable, cartes bancaires, clés, portefeuille, soutien-gorge, etc.) dans le vestiaire.

RMN - questionnaire

► Indiquez votre :

► **TAILLE :** cm

► **POIDS :** kg

► Avez-vous :

- | | | | |
|--|--|------------------------------|------------------------------|
| ► un pacemaker ? | } pouvoir présenter la carte avec le numéro de série + le type | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ► un défibrillateur ? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ► une valve cardiaque ? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ► un implant d'oreille moyenne (implant cochléaire) ? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ► un appareil auditif ? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ► un neurostimulateur, une pompe antidouleur ou une pompe à insuline ? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ► un capteur de glycémie (FreeStyle Libre 14) | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ► un tatouage, un maquillage permanent, un piercing ? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ► reçu un clip d'anévrisme ou subi une chirurgie cérébro-vasculaire ? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ► du matériel (prothèse, vis, etc.) ou un implant orthopédique ? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ► un fragment métallique intra-oculaire (ou travaillez-vous dans la métallurgie) ? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ► une prothèse dentaire amovible ou d'autres prothèses dentaires ? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ► de la claustrophobie ? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ► des antécédents oncologiques ? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

► Si vous subissez une IRM du dos, du cou ou du genou :

- Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale dans la zone concernée par l'examen ? Oui Non
- Si oui, quand :
- Si vous ressentez de la douleur : Côté gauche Côté droit
- Avez-vous eu récemment un accident ou un traumatisme sportif ? Oui Non

► Pour les patientes :

- Êtes-vous (peut-être) enceinte ? Oui Non
- Allaitiez-vous ? Oui Non

► Si vous subissez un examen des seins ou une mammographie :

- Avez-vous déjà subi une chirurgie mammaire ? Oui Non
- Si oui : Côté gauche Côté droit
- Prenez-vous un traitement hormonal ? Oui Non
- Date des dernières règles :

Cet examen est important pour déterminer les prochaines étapes de votre parcours de soins. Pendant les heures de bureau normales (8 h-18 h, du lundi au vendredi), nous pouvons réaliser cet examen aux tarifs standard, la quote-part personnelle étant égale au ticket modérateur. En dehors de ces heures de bureau et le week-end, la quote-part personnelle est plus élevée (45 euros).

Nom :

Signature :

Date : / /