

Rendez-vous	
Via Internet	www.centredescoteaux.be
Par téléphone	04 234 43 04

Formulaire de demande pour un examen en imagerie médicale (Sénologie)

ANNEXE 82 (art.17 et 17 bis NPS)
Par problématique clinique, un formulaire de demande distinct est exigé

Identification du patient (remplir ou vignette O.A)

Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____
 Date de naissance : _____
 Sexe : _____

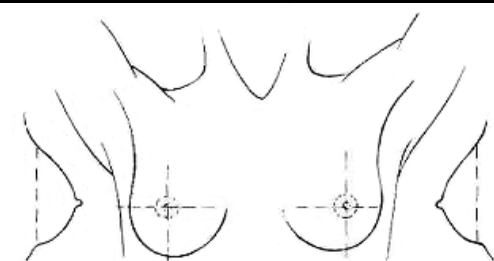
Examen(s) proposé(s)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bilan sénologique complet (Mammographies + Echographie) | <input type="checkbox"/> Biopsie mammaire |
| <input type="checkbox"/> Echographie Mammaire | <input type="checkbox"/> Repérage préopératoire (Harpon) |
| <input type="checkbox"/> Mammographie | <input type="checkbox"/> IRM Mammaire |
| <input type="checkbox"/> Ostéodensitométrie | <input type="checkbox"/> Autres : |

Explication de la demande de diagnostic

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dépistage | <input type="checkbox"/> Mise au point d'un mammothest + |
| <input type="checkbox"/> Follow-up d'une néoplasie | <input type="checkbox"/> Patiente à haut risque |
| <input type="checkbox"/> Douleurs | |
| <input type="checkbox"/> Autres : | |

Informations cliniques pertinentes



- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Nodule ou induration palpée |
| <input type="checkbox"/> Modification cutanée |
| <input type="checkbox"/> Écoulement mamelonnaire |
| <input type="checkbox"/> Douleur |
| <input type="checkbox"/> Autres : |

Informations supplémentaires pertinentes

- | | | | | |
|--|---|--|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale | <input type="checkbox"/> Grossesse | <input type="checkbox"/> Implants |
| <input type="checkbox"/> Contraception orale | <input type="checkbox"/> THS | <input type="checkbox"/> Autres | | |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie | <input type="checkbox"/> Chimiothérapie | <input type="checkbox"/> Hormonothérapie (type : _____) | | |

Examen(s) proposé(s) précédents relatif(s) à la demande de diagnostic

- CT RMN RX Echographie Inconnu Autres :

Cachet du médecin prescripteur *

Date : _____
 Cachet et signature : _____

** Cachet du prescripteur avec mention du nom, prénom, adresse et numéro INAMI*

Médecin(s) en copie : _____