

Par problématique clinique, un formulaire de demande distinct est exigé

## Imagerie médicale

### Site de Jolimont

Rue Ferrer 159  
B-7100 Haine St Paul  
064/23 41 10

@ [jrx@jolimont.be](mailto:jrx@jolimont.be)

### RDV Jolimont

Scanner/écho/radio/IRM  
064/23 41 10  
(Taper 1)

Sénologie/Mammographie  
064/23 41 10  
(Taper 2)

Résultats  
064/23 41 10  
(Taper 3)

### Site de Lobbes

Rue de la station 25  
6540 Lobbes  
071/59 93 14

@ [radiolobbes@jolimont.be](mailto:radiolobbes@jolimont.be)

### RDV Lobbes

Scanner/écho/radio  
071/59 93 14  
(Taper 1)

Sénologie  
071/59 92 14  
(Taper 2)

Secrétariat  
071/59 92 14  
(Taper 4)

## Identification du patient

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Poids : Kilo Taille : cm

Etiquette patient

## Informations cliniques pertinentes

## Explication de la demande de diagnostic

## Informations supplémentaires pertinentes

- |                                                  |                                                          |                                              |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allergie contraste iodé | <input type="checkbox"/> Diabète                         | <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale |
| <input type="checkbox"/> Allergie au Gadolinium  | <input type="checkbox"/> Implant                         | <input type="checkbox"/> Grossesse           |
| <input type="checkbox"/> Allergie autre .....    | <input type="checkbox"/> Contre-indication IRM : .....   |                                              |
| <input type="checkbox"/> Créatinine : .....      | <input type="checkbox"/> Filtration glomérulaire : ..... |                                              |
| <input type="checkbox"/> Autres :                |                                                          |                                              |

## Examen(s) proposé(s)

- IRM : .....
- Scanner : .....
- Radiographie : .....
- Echographie : .....
- Autre : .....

## Examen(s) proposé(s) précédent(s) relatif(s) à la demande

- IRM     Scanner     Radio     Echo     Aucun     Inconnu
- Autres :

## Médecin prescripteur

Date : Cachet :

Signature :