

BP 680 – 20604 Bastia

Tel :

Fax : 04.95.59.12.10

Mail sécurisé : imagerie-medicale@ch-bastia.mssante.fr

Médecin prescripteur :

Hôpital (service) / Clinique :

Tel / fax /mail :

Rendez-vous à communiquer :

au médecin

au patient

Nom :

Prénom :

Type d'examen :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone

Adresse mail :

Valide

En

Alité

Encéphale

Rachis cervical

Rachis dorsal

Rachis lombaire

Genou

Epaule

Foie

Voies biliaires, pancréas

Pelvis

Autres.....

Oui Non

Oui Non

PACE MAKER

Valve cardiaque (année, type)

Clip neurochirurgie (année, type)

Dérivation ventriculaire

Clip cave, clip vasculaire (année, type)

Corps étrangers oculaires, travailleurs des métaux

Prothèse auditive, implant cochléaire

Appareillage ou prothèse (type ?)

Eclats d'obus, balles, sutures métalliques,

agrafes, ostéosynthèse : niveau

Appareil dentaire

Grossesse (terme ?)

Demande validée par le DR

AVEC INJECTION

+/- INJECTION

SANS INJECTION

RDV LEAH.....

Renseignements cliniques et para cliniques :

PSA :

Résultat du :

Hypothèses diagnostiques et but de l'examen :

Le

Signature et cachet du prescripteur :

Médecin Radiologue souhaité pour la réalisation de l'examen :

Apporter Radios récentes, Echos, TDM et IRM antérieures . Remplir une demande par type d'examen.