

Demande d'examen : Radiologie – H-JU

INFORMATIONS PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Téléphone : _____

☐ Patient ne parle pas le français et ne peut pas être accompagné d'un proche pour l'examen

RENDEZ-VOUS

Site de préférence : ☐ Delémont ☐ Porrentruy

☐ Le patient doit être convoqué ☐ Le patient contactera le secrétariat pour prendre rendez-vous

☐ Le patient a rendez-vous le (Rendez-vous fixé par téléphone): _____

☐ **Urgent** : examen souhaité avant le : _____

Motif de l'urgence : _____

EXAMEN DEMANDÉ

☐ Conventionnel :

☐ Scanner / CT :

☐ IRM :

☐ Echographie / US :

☐ Mammographie :

☐ Infiltration :

☐ Ponction / Biopsie :

☐ Autres :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET QUESTIONS AU RADIOLOGUE :

QUESTIONS DE SÉCURITÉ

Valeur créatinine datant de moins de 3 mois dès 60 ans **pour les IRM/CT (valeur obligatoire en cas d'insuffisance rénale quel que soit l'âge)** _____

Grossesse : ☐ Oui ☐ Non

Dispositif médical implantable (IRM) : ☐ Oui (joindre les documents) ☐ Non

Allergies : ☐ Produit de contraste, lequel : _____ ☐ Autres : _____

Médicaments : ☐ Anticoagulant ☐ Antiagrégant ☐ Metformine ☐ Autres : _____

TRANSMISSION DES RÉSULTATS

Urgent : Oui ☐ Non ☐

Si urgent : Par téléphone ☐ N° : _____ Rapport ☐

Copie rapport à : _____

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom et Prénom : _____

Date et signature : _____

Merci de nous faire parvenir les images/rapports comparatifs avant le jour de l'examen