

---

Demande d'examen

Patient à convoquer SVP

Date et heure \_\_\_\_\_

À jeun     Vessie pleine

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

---

Examen demandé

**Radiographie**

Conventionnelle

Ostéo-articulaire

**Ultrason**

Général

Appareil musculo-squelettique

**Consultation**

Diagnostique - Pré interventionnelle - Douleur

**Interventions**

Ponction - Infiltration US

ou sous fluoroscopie

---

Indications cliniques et questions

**Allergie** (si oui, médicaments) \_\_\_\_\_

**Grossesse** (si oui, dernières règles) \_\_\_\_\_

**Anticoagulation** (si oui, médicaments) \_\_\_\_\_

**Diabète** (si oui, médicaments) \_\_\_\_\_

---

Médecin demandeur de l'examen

(signature indispensable)

Nom \_\_\_\_\_

Timbre et signature

Prénom \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

*Par sa signature le médecin demandeur atteste que les éventuelles contre-indications et risques lié à l'examen ont été dûment indiqués au patient. Notamment ceux liés aux rayons ionisants, aux allergies et aux complications pouvant résulter d'un geste interventionnel et qu'il a informé le patient des modalités de réalisation de l'examen.*

---

Copies \_\_\_\_\_