



CENTRE DE MEDECINE  
SPÉCIALISÉE

## Demande d'Imagerie Médicale

[I – Règl. 11-6-12 – M.B. 24-1-13 – art. 2; R – Règl. 19-3-18 – M.B. 9-4 – art. 2 ] (\*)

[ANNEXE 82 : Formulaire de demande pour un examen en imagerie médicale (art. 5, 17 et 17bis NPS)

Par problématique clinique, un formulaire de demande distinct est exigé.

**CMS Courcelles :**

Philippe Monnoyer 47  
6180 Courcelles  
www.cmscourcelles.be

Nom :	Coller Votre Vignette Mutuelle
Prénom :	
DDN :	
Sexe : M / F	

**RDV - Secrétariat :**

**071/45.59.45**  
Lun-Ven : 8h - 17h30

Informations Cliniques pertinentes :

Explication de la demande diagnostic : (= Diagnostic recherché)

**Service de Radiologie**

Radiographie  
Scanner - Conebeam  
Arthro-CT  
Mammographie  
Echographie  
Doppler - Vasculaire  
Densitométrie  
Infiltration - Biopsie

Informations complémentaires pertinentes :		
Allergie <input type="checkbox"/>	Diabète : <input type="checkbox"/>	Anticoag : <input type="checkbox"/>
IR : <input type="checkbox"/>	Grossesse : <input type="checkbox"/>	

Examen(s) pertinent(s) précédent(s) relatif(s) à la demande de diagnostic

**\*Examens proposé(s)\*** : Plusieurs examens peuvent être demandés

Radiographie -RX : \_\_\_\_\_

Echographie - US : \_\_\_\_\_

Mammographie : \_\_\_\_\_

CT / Cone Beam : \_\_\_\_\_

Doppler : \_\_\_\_\_ MI :  MS :  COU :

Autre(s) : \_\_\_\_\_

**Cachet du médecin :**

Date :

Signature : \_\_\_\_\_ Cachet  
N°INAMI

Médecin en copie :

**Informations pour le patient :**

Pour réaliser votre examen , veuillez téléphoner et renseigner l'**Examen proposé** \*

Le jour de l'examen : Votre **Demande d'examen** et **Carte d'identité Obligatoires**

Date du RDV :