

Nom du patient _____

Date de naissance _____ Maladie Accident

Médecin Prescripteur : Dre M. Deac Dre S. Besse Dre C. Walter

Dr R. de Gautard Dr Ph. Kindynis Dre R. Schiau Dr A. Korchi

Radiographie

- | | | | | | |
|---|---|--------------------------------------|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Epaule | <input type="checkbox"/> Coude | <input type="checkbox"/> Poignet | <input type="checkbox"/> Main | <input type="checkbox"/> Bras | <input type="checkbox"/> Droite
<input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Bilatérale |
| <input type="radio"/> Bil. standard | <input type="radio"/> Bil. coiffe | <input type="radio"/> Bil. scaphoïde | | | |
| <input type="radio"/> _____ | <input type="radio"/> Bil. instabilité | <input type="radio"/> _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Bassin | <input type="checkbox"/> Hanche | <input type="checkbox"/> Genou | <input type="checkbox"/> Cheville | <input type="checkbox"/> Pied | <input type="checkbox"/> Jambe |
| <input type="radio"/> Bil. standard | <input type="radio"/> Bil. Siegrist | <input type="radio"/> Bil. standard | | <input type="radio"/> Bil. debout | <input type="radio"/> _____ |
| <input type="radio"/> _____ | <input type="radio"/> _____ | | | | |
| <input type="checkbox"/> M. inférieurs A-P bipodale | <input type="checkbox"/> R. Cervical | <input type="checkbox"/> R. Dorsal | <input type="checkbox"/> R. Lombar | <input type="checkbox"/> Minéralométrie | |
| <input type="checkbox"/> Colonne TOT | <input type="checkbox"/> Cérébral / Sinus | <input type="checkbox"/> Pano | <input type="checkbox"/> ASP | <input type="checkbox"/> Thorax/Côtes | |

IRM ArthroIRM CT ArthroCT

- | | | | | | |
|---|--------------------------------------|--|---------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Angio coeur | <input type="checkbox"/> Avt bras | <input type="checkbox"/> Bassin | <input type="checkbox"/> Bras | <input type="checkbox"/> Droite
<input type="checkbox"/> Gauche |
| <input type="checkbox"/> Cérébral / Sinus | <input type="checkbox"/> Cheville | <input type="checkbox"/> Coloscopie virtuelle | | | |
| <input type="checkbox"/> Cou | <input type="checkbox"/> Coude | <input type="checkbox"/> Cuisse | <input type="checkbox"/> Dentascanner | <input type="checkbox"/> Epaule | |
| <input type="checkbox"/> Genou | <input type="checkbox"/> Hanche | <input type="checkbox"/> Infiltration sous scanner | <input type="checkbox"/> Jambe | <input type="checkbox"/> Main | |
| <input type="checkbox"/> Pelvis | <input type="checkbox"/> Pied | <input type="checkbox"/> Poignet | <input type="checkbox"/> R. Cervical | <input type="checkbox"/> R. Dorsal | <input type="checkbox"/> R. Lombar |
| <input type="checkbox"/> Score calcique | <input type="checkbox"/> Thorax | <input type="checkbox"/> Uro | <input type="checkbox"/> _____ | | |

Echographie

- | | | | | | |
|--|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Cheville | <input type="checkbox"/> Coude | <input type="checkbox"/> Epaule | <input type="checkbox"/> Fibroscan | <input type="checkbox"/> Droite
<input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Bilatérale |
| <input type="checkbox"/> Génital/Testicules | <input type="checkbox"/> Genou | <input type="checkbox"/> Hanche | <input type="checkbox"/> Main | | |
| <input type="checkbox"/> Pied | <input type="checkbox"/> Poignet | <input type="checkbox"/> Uro | <input type="checkbox"/> Autre _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Infiltration échoguidée | | | | | |
| <input type="radio"/> Corticoïde | <input type="radio"/> _____ | | | | |

Sénologie

- Biopsie Echographie IRM sein Mammographie
 Prévoir autre examen si nécessaire

Indications et renseignements cliniques

Allergies: Iode Prod. contraste Autres _____
 Créatinine _____