

Nom du patient _____

Date de naissance _____ Maladie Accident

Dre S. Besse Dre C. Walter Dr Ph. Kindynis

Dr R. de Gautard Dre M. Deac 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"/> Dorsal | <input type="checkbox"/> R. Lombaire | <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 | |

- | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> IRM | <input type="checkbox"/> ArthroIRM | <input type="checkbox"/> CT | <input type="checkbox"/> ArthroCT | <input type="checkbox"/> Droite
<input type="checkbox"/> Gauche | | |
| <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"/> 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. Lombaire |
| <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 | | | | | |
| <input type="radio"/> Corticoïde <input type="radio"/> AH (acide hyaluronique) <input type="radio"/> PRP sans AH <input type="radio"/> PRP avec AH | | | | | |

Sénologie

- Biopsie Echographie IRM Mammographie
 Prévoir autre examen si nécessaire

Indications et renseignements cliniques

Allergies Iode Autres _____

Créatinine _____

Médecin Prescripteur, Tampon :