

**Renseignements patient**

Mutuelle :  
Matricule :

**VIGNETTE**

Nom, prénom :  
Adresse :  
Sexe:  F  M Né(e) le: .....

**Renseignements médecin prescripteur**

*Cochet du prescripteur avec mention nom, prénom, adresse et numéro /NAM.*

Cachet - INAMI:                      Date et signature :

Copie à: .....

**Examen(s) proposé(s)**

En cas de modification, veuillez me contacter svp  
au N° .....

**Informations cliniques pertinentes**

**Explication de la demande de diagnostic**

**Informations supplémentaires pertinentes**

(Une case non cochée n'a pas de valeur formellement négative)

Grossesse                       Allergies : .....  
 Diabète  
 Insuffisance rénale  
 Implant, PCMK                      Autres : .....

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

CT                       RMN                       RX                       Echographie  
 Autres:                      X Inconnu

**Renseignements patient**

Mutuelle :  
Matricule :

**VIGNETTE**

Nom, prénom : .....  
Adresse : .....  
Sexe:  F  M Né(e) le: .....

**Renseignements médecin prescripteur**

*Cochet du prescripteur avec mention nom, prénom, adresse et numéro /NAM.*

Cachet - INAMI:                      Date et signature :

Copie à: .....

**Examen(s) proposé(s)**

En cas de modification, veuillez me contacter svp  
au N° .....

**Informations cliniques pertinentes**

**Explication de la demande de diagnostic**

**Informations supplémentaires pertinentes**

(Une case non cochée n'a pas de valeur formellement négative)

Grossesse                       Allergies : .....  
 Diabète  
 Insuffisance rénale  
 Implant, PCMK                      Autres : .....

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

CT                       RMN                       RX                       Echographie  
 Autres:                      X Inconnu