

Formulaire de demande pour un examen d'imagerie du sein - ostéodensitométrie

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

Identification du patient (remplir ou vignette O.A.):

Nom: Prénom(s):

Date de naissance:/...../.....

Sexe: Féminin Masculin

Informations cliniques pertinentes:

Antécédents de cancer du sein: Personnel Familial

Traitement hormonal en cours: Contraception Ménopause

Autres:

Explication de la demande de diagnostic:

Dépistage Diagnostic

Autres:

Informations supplémentaires pertinentes

Allergie Diabète Insuffisance rénale Grossesse Implant

Autres:

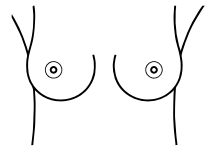
Examen(s) proposé(s)

Bilan sénologique complet

Mammographie Échographie Cytoponction Microbiopsie IRM sein

Noir de carbone Stéréotaxie Biopsies Densitométrie osseuse

Autres:



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

CT RMN RX Échographie Angiographie Inconnu

Autres:

Merci d'apporter vos anciennes mammographies pour comparaison ou liens.

Cachet du prescripteur *

Date:/...../.....

Signature:

* Cachet du prescripteur avec mention du nom, prénom, adresse et numéro INAMI