

# DEMANDE D'EXAMEN RADIOLOGIQUE

## CENTRE RADIOLOGIQUE DU TOURNAISIS

Site **Becquerel**



Rue du Becquerelle, 5 7500 TOURNAI  
**069/21.60.87**

Site **Medical Center**



Chée de Bruxelles, 374 7500 TOURNAI  
**069/34.39.20**

Nom : ..... Prénom : .....

## VIGNETTE MUTUELLE

### EXAMEN D'IMAGERIE MEDICALE

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> RX           | <input type="radio"/> BILAN SENOLOGIQUE |
| <input type="radio"/> ECHOGRAPHIE  | <input type="radio"/> MAMMOTEST         |
| <input type="radio"/> INFILTRATION | <input type="radio"/> AUTRE: .....      |

Région anatomique : .....

Renseignements cliniques et question diagnostique :  
.....  
.....

Examens antérieurs relatifs à la demande de  
diagnostique et résultats pertinents:

- |  |                                   |  |                                    |                             |
|--|-----------------------------------|--|------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> RX               | <input type="radio"/> ECHOGRAPHIE | <input type="radio"/> CT SCANNER             | <input type="radio"/> RMN          | <input type="radio"/> AUTRE |
| <input type="checkbox"/> Allergie iode | <input type="checkbox"/> Diabète  | <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale | <input type="checkbox"/> Grossesse |                             |

Signature et cachet du médecin

Copie à :  
.....

Date :