

DEMANDE D'EXAMEN d'ECHOGRAPHIE

A transmettre par courrier ou télécopie à :

Secrétariat d'imagerie médicale
Centre hospitalier
44 av Jean Jaurès 18200 St-Amand-Montrond
Tél : 02 48 63 25 65
Fax : 02 48 63 25 64
Courriel : scanner@ch-stamand.fr

Nom, prénom : Né(e) le :	Patient algique : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précautions complémentaires : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mobilité du patient : Valide <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Brancard <input type="checkbox"/> O2 Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Service : Examen prévu : <ul style="list-style-type: none">• en URGENCE après accord téléphonique avec le médecin radiologue <input type="checkbox"/>• durant l'hospitalisation <input type="checkbox"/>	Echographie demandée : <ul style="list-style-type: none">• <input type="checkbox"/> Abdomino-pelvienne (à jeun)• <input type="checkbox"/> Abdominale supérieure (à jeun)• <input type="checkbox"/> Rénale (à jeun)
Renseignements cliniques relatifs à la demande :	Finalité : hypothèse diagnostique posée
Date :	Nom et signature du médecin prescripteur
Heure de la demande :	