CENTRE HOSPITALIER DE SAINT AMAND MONTROND
BP 80180 18206 SAINT AMAND MONTROND Cedex

SERVICE DE RADIOLOGIE (n°agrément NL 0071300018)

DEMANDE D'EXAMEN RADIOLOGIQUE

Nom :…….. ……..……
Prénom : ……..…….

Date de naissance :……. ……..……
(Ou étiquette)

Adresse :…….
……
……

Service :……
Date de la demande :……
Heure de la demande :……
N° de chambre :……
Peut venir :
en marchant ○
en fauteuil ○
en lit ○
dans la chambre ○

Le patient tient-il debout ? Oui ○ Non ○

O2 ○ **Oui** ○ **Non**

EXAMEN DEMANDE	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
	ATCD : **Précautions complémentaires :** **BMR** ☐ **Gale** ☐ **Clostridium** ☐ **Respiratoire** ☐

Prescripteur :

Signature :

DOSIMETRIE : **µGy/m2**

EXAMENS REALISES DANS LE SERVICE RADIO