

Formulaire de demande pour un examen en imagerie médicale (SENOLOGIE)

(Annexe 82- art. 17 et 17bis NPS)

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

Identification du patient (remplir ou vignette O.A)

Nom :

Prénom(s) :

DN :

Sexe :

Examens demandés/proposés (obligatoire)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mammographie | <input type="checkbox"/> Microbiopsies |
| <input type="checkbox"/> Echographie | <input type="checkbox"/> Macrobiopsies stéréoguidées |
| <input type="checkbox"/> Repérage par harpon | <input type="checkbox"/> Ostéodensitométrie |
| <input type="checkbox"/> Bilan extension (RX thorax + US abdomen) | <input type="checkbox"/> IRM sein |

Informations cliniques pertinentes et explication de la demande de diagnostic (obligatoire)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dépistage systématique | <input type="checkbox"/> Mise au point d'un mammothest + |
| <input type="checkbox"/> Nodule palpé | <input type="checkbox"/> Patiente à haut risque (AH ++ ou mutation génétique) |
| <input type="checkbox"/> Écoulement | <input type="checkbox"/> Follow-up d'une lésion bénigne |
| <input type="checkbox"/> Douleur | <input type="checkbox"/> Follow-up d'une néoplasie |
| <input type="checkbox"/> Modification cutanée | <input type="checkbox"/> Autres (préciser) |

Examens pertinents précédents relatifs à la demande du diagnostic (obligatoire)

-
- RMN
-
- RX
-
- Echographie
-
- Inconnu
-
- Autres

Informations supplémentaires pertinentes (obligatoire)

-
- Diabète
-
- THS
-
- Contraception hormonale
-
- Grossesse
-
- Implant
-
- Autres

-
- Chimio
-
- Radio TH
-
- Hormono TAM
-
- Hormono inhibiteur

Cachet du médecin prescripteur (+ date et signature obligatoires)*

Date :	Signature :
Médecin(s) en copie :	

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

Formulaire de demande pour un examen en imagerie médicale (SENOLOGIE)

(Annexe 82- art. 17 et 17bis NPS)

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

Identification du patient (remplir ou vignette O.A)

Nom :

Prénom(s) :

DN :

Sexe :

Examens demandés/proposés (obligatoire)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mammographie | <input type="checkbox"/> Microbiopsies |
| <input type="checkbox"/> Echographie | <input type="checkbox"/> Macrobiopsies stéréoguidées |
| <input type="checkbox"/> Repérage par harpon | <input type="checkbox"/> Ostéodensitométrie |
| <input type="checkbox"/> Bilan extension (RX thorax + US abdomen) | <input type="checkbox"/> IRM sein |

Informations cliniques pertinentes et explication de la demande de diagnostic (obligatoire)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dépistage systématique | <input type="checkbox"/> Mise au point d'un mammothest + |
| <input type="checkbox"/> Nodule palpé | <input type="checkbox"/> Patiente à haut risque (AH ++ ou mutation génétique) |
| <input type="checkbox"/> Écoulement | <input type="checkbox"/> Follow-up d'une lésion bénigne |
| <input type="checkbox"/> Douleur | <input type="checkbox"/> Follow-up d'une néoplasie |
| <input type="checkbox"/> Modification cutanée | <input type="checkbox"/> Autres (préciser) |

Examens pertinents précédents relatifs à la demande du diagnostic (obligatoire)

-
- RMN
-
- RX
-
- Echographie
-
- Inconnu
-
- Autres

Informations supplémentaires pertinentes (obligatoire)

-
- Diabète
-
- THS
-
- Contraception hormonale
-
- Grossesse
-
- Implant
-
- Autres

-
- Chimio
-
- Radio TH
-
- Hormono TAM
-
- Hormono inhibiteur

Cachet du médecin prescripteur (+ date et signature obligatoires)*

Date :	Signature :
Médecin(s) en copie :	

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