



RENDEZ-VOUS LE:

À:

Nom et prénom: _____

Étiquette

Date de naissance: _____

N° de téléphone: _____

Motif de l'examen: ☐ Accident ☐ Maladie

EXAMEN DEMANDÉ

	IRS Sion	CIMA Martigny
Radiographie: _____	☐	☐
Échographie: _____	☐	☐
Mammographie: _____	☐	☐
Ponction/Infiltration: _____	☐	☐
IRM (Contre-indications au verso): _____	☐	☐
CT-Scanner: _____	☐	☐
Densitométrie: _____	☐	☐
PET-CT: _____	☐	-

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES | QUESTIONS AU RADIOLOGUE

QUESTIONNAIRE DE SÉCURITÉ

Si laissé vide, sera considéré comme normal.

Créatinine: _____ Allergies: ☐ Produit de contraste ☐ Autres: _____

Médicament(s): ☐ Anticoagulant ☐ Antiagrégant ☐ Metformine

MÉDECIN TRAITANT

Nom: _____

Téléphone: _____

Adresse Email: _____

Merci de téléphoner: ☐ avant l'examen ☐ après l'examen

Copie des résultats à: _____

Date et sceau/signature



Pour une prise en charge optimisée, merci de nous faire parvenir ce bon d'examen dès que possible.
← Scannez ce QR code avec votre téléphone portable ou rendez-vous sur www.groupe3r.ch/bon