Service de radiologie
et radiodiologie interventionnelle
Avenue de Provence 82
1003 Lausanne

COMPTE-RENDUS
Secrétariat médical
Tél. : +41 (0)21 314 44 44 (+2)
E-mail : secretariat.radiologiebh07@chuv.ch

IMAGERIE SUR CD
Archives de radiologie
Tél.: +41 (0)21 314 45 45
E-mail : archives.rad@chuv.ch

DEMANDE PATIENT DE CD ET/OU COMPTE-S RENDU-S RADIOLOGIQUE-S

Merci de **compléter et signer** (signature manuscrite) ce formulaire. Celui-ci peut nous être transmis **par mail** ou **par courrier, et doit être accompagné d'une copie de pièce d'identité**.

Attention : sans ces documents, votre demande ne sera pas traitée.

Je soussigné-é,

M/Mme (nom-s, prénom-s) ……., né-e le ……/……/……., souhaite que mon/mes

☐ **Compte-s rendu-s**

Examen-s + date-s: ……

☐ **Imagerie sur CD**

Examen-s et date-s: ……..

A envoyer à :

		et
Nom et prénom :	……	…….....
Adresse :	……	……..
NPA et localité :	……	……..
N° de téléphone :	……	……..

Date : …….. **Signature (manuscrite)……**

Patient mineur

Moins de 12 ans : La demande doit être signée par les deux parents accompagnée d'une photocopie de leurs pièces d'identité respectives
12 ans et plus : La demande doit être signée par les deux parents et par l'enfant s'il est capable de discernement et accompagnée d'une photocopie de leurs pièces d'identité respectives
15 ans révolus et plus : La demande doit être établie par le patient lui-même s'il est capable de discernement accompagnée d'une photocopie de sa pièce d'identité
Si séparation : Joindre la convention attestant que l'autorité parentale est détenue par le parent demandeur accompagnée d'une photocopie de la pièce d'identité

Nous vous rendons attentifs qu'un envoi sur une adresse mail non sécurisée n'est pas protégé contre les accès non autorisés