Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle

Unité de Neuroradiologie

DEMANDE de CONSULTATION

En vue de la planification de ce RDV, nous vous remercions d'avance de bien vouloir compléter ce document et de nous le renvoyer à RAD.coordination.ri@chuv.ch ou FAX : 021 314 9885

COORDONNÉES DU PATIENT :			
Nom :	Prénom ;	Date de naissance :	☐ Assurance privé
Adresse :		téléphone :	☐ Extracantonale

MEDECIN REFERANT / DEMANDEUR		
rempli par :	**No de tel :**	**Date de la demande :** _ _ / _ _ / _ _

Coordonnées du MEDECIN TRAITANT		
Nom, prénom :	Téléphone :	Adresse :

RESUME CLINIQUE (ou joindre annexes)			
Annexes	☐ dernière lettre de consultation	☐ résultat de laboratoires	☐ autre

IMAGERIE	☐ **OUI**	☐ **NON**
	☐ **CHUV**	☐ **EXT**
Date de l'examen radiologique effectué : _ _ / _ _ / _ _		**LIEU :**
		☐ RADIOPACS
		☐ CD donné au patient
		☐ CD ; à envoyer à CHUV Service de Radiodiagnostic et de Radiologie interventionnelle Coordination Ri BH07-122 Bugnon 46 1011- Lausanne

GESTION **COORDINATION RI** (NE PAS COMPLETER)		
DEMANDE VALIDEE PAR ;	timbre du médecin radiologue interventionnel	_ _ / _ _ / _ _