Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle

Unité Cardio-thoracique et Vasculaire

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	_ _ / _ _ / _ _