



Unité Oncologique et Viscérale

DEMANDE de CONSULTATION / INTERVENTION ELECTIVE

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

COORDONNÉES DU PATIENT :			
Nom :	Prénom	Date de naissance :	<input type="checkbox"/> Assurance privée
ADRESSE		téléphone :	<input type="checkbox"/> Extracantonale
MEDECIN REFERANT / DEMANDEUR			
rempli par :	No de tel :	Date de la demande : __ / __ / __	
Coordonnées du MEDECIN TRAITANT			
Nom, prénom :	Téléphone :	Adresse :	
GESTE DEMANDÉ			
		Médecin radiologue interventionnel souhaité :	<input type="checkbox"/> Dr Denys <input type="checkbox"/> Dr Duran
RESUME CLINIQUE (ou joindre annexe-s)			
Annexes	<input type="checkbox"/> dernière lettre de consultation	<input type="checkbox"/> résultats de laboratoire	<input type="checkbox"/> autre :
IMAGERIE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> CHUV	<input type="checkbox"/> EXT	LIEU :
Date de l'examen radiologique effectué : __ / __ / __	<input type="checkbox"/> RADIOPACS <input type="checkbox"/> CD donné au patient <input type="checkbox"/> 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	__ / __ / __

