



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 :		DEMANDE INTERNE	IPP :
Nom :	Prénom :	Date de naissance :	<input type="checkbox"/> Assurance privé
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 :
Neuroradiologue interventionnelle souhaité :			<input type="checkbox"/> Dr Bartoloni <input type="checkbox"/> Dr Puccinelli <input type="checkbox"/> Dr Saliou
RESUME CLINIQUE (OU JOINDRE ANNEXES)			
Annexes	<input type="checkbox"/> dernière lettre de consultation	<input type="checkbox"/> résultat de laboratoires	<input type="checkbox"/> autre
<input type="checkbox"/> suivi à :		<input type="checkbox"/> avec IRM	
IMAGERIE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> CHUV	<input type="checkbox"/> EXT	
Date de l'examen radiologique effectué : __ / __ / __		LIEU : <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	__ / __ / __

