



Schweizer
Paraplegiker
Zentrum

Centre
suisse des
paraplégiques

Centro
svizzero per
paraplegici

Swiss
Paraplegic
Centre

Formulaire d'inscription en radiologie

Tél. +41 41 939 55 77
Du lundi au vendredi de 07h00 à 18h00

radiologie.spz@paraplegie.ch

Patient·e

Nom:

Existe-t-il des examens préliminaires? ☐ oui ☐ non
Merci de joindre les images réalisées.

Prénom:

Date de naissance:

Rue:

Rendez-vous:

NPA / Localité:

Téléphone:

☐ Merci de convoquer le patient / la patiente

Examen souhaité:

- ☐ Radiographie
- ☐ EOS
- ☐ Échographie
- ☐ DEXA (mesure de la densité osseuse)

- ☐ IRM
- ☐ CT; taux de créatinine/du _____
- ☐ Infiltration avec CT; anticoagulation _____

Région:

Données cliniques:

Question:

Facteurs de risque / contre-indications:

	oui	non
Grossesse confirmée	☐	☐
Allergies / intolérance connue contre le produit de contraste	☐	☐
Fonction rénale restreinte	☐	☐
Trouble de la fonction thyroïdienne	☐	☐
Anticoagulation, trouble de coagulation, diabète	☐	☐

Copie du résultat à:

☐ Images par H-Net à:

Renseignements suppl. pour les IRM:

	oui	non
Claustrophobie	☐	☐
Stimulateur cardiaque, pompe antidouleur, neurostimulateur, pompe à insuline	☐	☐
Pièces métalliques (prothèses, clips, valve cardiaque, implant cochléaire, fragments)	☐	☐
En cas d'implant, merci de joindre le rapport d'opération/ les informations. Merci.		

Médecin assignant:

Téléphone / e-mail:

Date / signature: