

INSTITUT D'IMAGERIE MEDICALE DE LA CLINIQUE DE GENOLIER

Radiographie, échographie, mammographie, IRM, CT

Tél : +41 22 366 94 84 • Fax : +41 22 366 94 82 • Mail : sradiologie@genolier.net

Date du rendez-vous : __/__/____

ÉTIQUETTE PATIENT		URGENCE : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Nom :		ALLERGIES :
Prénom :
Date de naissance : __/__/____		Infektions en cours : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Service et no de chambre :		Isolement / mesures additionnelles d'hygiène : <input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> Gouttelettes <input type="checkbox"/> Aérosol <input type="checkbox"/> Contact <input type="checkbox"/> Protecteur <input type="checkbox"/> COVID-19
EXAMEN(S) DEMANDÉ(S)	RENSEIGNEMENT(S) CLINIQUE(S) :	
<input type="checkbox"/> Radiographie	
<input type="checkbox"/> Echographie	
<input type="checkbox"/> Mammographie	
<input type="checkbox"/> IRM	
<input type="checkbox"/> CT	
LABORATOIRE :		
Créatinine : le __/__/____ PPT : le __/__/____ Autres :		
Indications : CDG_INFO_13.2.5.1_Préparation examens de RADIO		
Copie du rapport à :	Date : le __/__/____	
	Timbre et signature :	