



# HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG

NOUVEL HÔPITAL CIVIL - SERVICE D'IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

1, place de l'Hôpital, B.P. 426, 67091 STRASBOURG Cedex

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'EXAMEN INTERVENTIONNEL

Secrétariat Tél. : 03 69 55 03 04

Fax : 03 69 55 03 02

Mail : siin@chru-strasbourg.fr

### IDENTITE DU PATIENT

NOM : ..... Prénom : .....  
NOM DE NAISSANCE : ..... Date de naissance : .....  
NIP : ..... Tél : .....

### PRESCRIPTEUR

Nom de l'établissement : .....  
Service, U.F. : .....  
NOM **et Prénom** du médecin : .....  
MAIL : .....  
Tél. : .....

#### Personne à contacter pour

#### l'organisation du geste :

Nom : .....

Mail / téléphone : .....

.....

### GESTE DEMANDÉ

### IMAGERIE

#### **CASE A REMPLIR IMPERATIVEMENT**

#### **VOTRE DEMANDE NE SERA PAS TRAITEE SI INCOMPLETE**

Disponibilité de l'imagerie vérifiée par le prescripteur ? OUI NON (justification ?) :

Type d'examen :

Date :

PACS HUS : OUI NON

PACS PULSY : OUI NON

Autre (préciser – CD / codes) :



# HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG

NOUVEL HÔPITAL CIVIL - SERVICE D'IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

1, place de l'Hôpital, B.P. 426, 67091 STRASBOURG Cedex

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'EXAMEN INTERVENTIONNEL

Secrétariat Tél. : 03 69 55 03 04

Fax : 03 69 55 03 02

Mail : siin@chru-strasbourg.fr

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Antécédent(s) notable(s) pour le geste:

- Troubles de la crase
- Pontage cardiaque (biopsie médiastinale)
- Insuffisance rénale
- VIH/VHB/VHC
- Autre :

Anticoagulant/antiagrégant :  non  oui

TP :

Plaquettes :

Autres ttt à signaler pour le geste :

Allergie(s) :

Logo(s) isolement :

Validité du patient :  alité  
 fauteuil  
 valide

Date :  
Signature :

Le patient est-il informé du geste à venir : OUI / NON