


AANVRAAGFORMULIER RADIOLOGIE

1 aanvraagformulier per klinische vraagstelling is vereist!


<p>Dr. W. Van Wilderode Dr. F. Depuyt Dr. F. Grignard Dr. K. De Meerleer Dr. P. Kersemans Dr. E. Verdries Dr. L. Bladt</p> <p>Route 76</p>	 <p>AZ SINT-ELISABETH ZOTTEGEM Godveerdegemstraat 69 9620 Zottegem Tel. Sec.: 09/364.85.20 (21) Tel. MR: 09/364.87.47 Tel. CT: 09/364.85.28 Fax: 09/364.85.22 secretariaat.radiologie@sezz.be</p>	<p>Patiëntgegevens</p> <p>Afspraak Datum: _____ Uur: _____</p>
CT – MR – CONE BEAM		RX – ECHO zoz
Verplicht in te vullen		Andere relevante informatie
<p style="text-align: center;">NIERFUNCTIE</p> <p><input type="checkbox"/> Nierinsufficiëntie (eGFR<45ml/min/1.73 m²) Meest recente eGFR: ml/min/1.73 m² van/...../.....</p> <p>Vorbereiding (vocht iv) aangeraden bij CT : eGFR 30-45ml/min/1.73 m²</p>	<p style="text-align: center;">ALLERGIE</p> <p><input type="checkbox"/> Allergie waarvoor medicatie ingenomen wordt <input type="checkbox"/> Vroegere allergische reactie op contrastmiddelen <input type="checkbox"/> (Instabiele) astma Indien <input checked="" type="checkbox"/> overweeg premedicatie!(*)</p>	<p><input type="checkbox"/> Hyperthyroïdie <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Ernstige hartinsufficiëntie <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Zwanger <input type="checkbox"/> Implanthaat</p> <p><input type="checkbox"/> Nuchter (navragen op RX)</p>
<p style="text-align: center;">BESMETTING</p> <p><input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> Clostridium <input type="checkbox"/> Druppel <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> Isolatie</p>	<p style="text-align: center;">STOLLING</p> <p><input type="checkbox"/> Anticoagulantia:</p> <p><input type="checkbox"/> Controle stollingsparameters indien drainage, punctie of biopsie</p> <p>INR = _____ PT = _____</p> <p>Overleg radioloog indien verstoord</p>	<p><input type="checkbox"/> Vervoer patiënt <input type="checkbox"/> Te voet <input type="checkbox"/> Bed <input type="checkbox"/> Rolstoel <input type="checkbox"/> Kan niet rechtstaan <input type="checkbox"/> RX aan bed</p> <p><input type="checkbox"/> DRINGEND</p>
<p>VOORGESTELD ONDERZOEK</p> <p><input type="checkbox"/> MR : <input type="checkbox"/> CT : <input type="checkbox"/> Cone Beam :</p>		
<p>Relevante klinische inlichtingen</p>		
<p>Diagnostische vraagstelling</p>		
<p>Vorige relevante onderzoeken ivm de diagnostische vraagstelling:</p>	<p>Stempel en handtekening voorschrijver:</p>	

Dit aanvraagformulier kan pas voor terugbetaling door het RIZIV in aanmerking komen, indien alle rubrieken correct zijn ingevuld door de aanvragende arts (cfr. RIZIV bepalingen per 1/3/2013). De normale afwerking van het aangevraagde onderzoek kan vertraging oplopen wanneer dit niet het geval is. Onvolledig ingevulde formulieren worden niet in behandeling genomen.

(*): volgens ESUR richtlijnen: twee pilletjes Medrol 32 mg als voorbereiding: één 12 u voor het onderzoek en één 2 u voor het onderzoek.

AANVRAAGFORMULIER RADIOLOGIE

1 aanvraagformulier per klinische vraagstelling is vereist!

<p>Dr. W. Van Wilderode Dr. F. Depuyt Dr. F. Grignard Dr. K. De Meerleer Dr. P. Kersemans Dr. E. Verdries Dr. L. Bladt</p> <p>Route 76</p>	 <p>AZ SINT-ELISABETH ZOTTEGEM Godveerdegemstraat 69 9620 Zottegem Tel.: 09/364.85.20 (21) Fax: 09/364.85.22 secretariaat.radiologie@sezz.be</p>	<p>Patiëntgegevens</p> <p>Afspraak Datum: _____ Uur: _____</p>
--	---	---

RX – ECHO – MAMMO

CT – CB – MR zoz

Verplicht in te vullen

BESMETTING

- TBC MRSA Clostridium Druppel
 Andere
 Isolatie

STOLLING

- Controle stollings-parameters indien drainage, punctie of biopsie

Vervoer patiënt

- Te voet Bed Rolstoel Nuchter**
 RX aan bed
 Kan niet rechtstaan **DRINGEND**

VOORGESTELD ONDERZOEK

Orgaan- en skeletradiologie		Gastro-enterologie	Mammo-gynaecologie
<input type="checkbox"/> Thorax F/P <input type="checkbox"/> Thorax aan bed <input type="checkbox"/> Hals weke delen/larynx <input type="checkbox"/> Ribbenrooster <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Sternum <input type="checkbox"/> CWZ <input type="checkbox"/> DWZ <input type="checkbox"/> LWZ <input type="checkbox"/> Schedel <input type="checkbox"/> Orbita <input type="checkbox"/> Sinussen <input type="checkbox"/> Neus <input type="checkbox"/> Bekken liggend <input type="checkbox"/> Bekken staand <input type="checkbox"/> SIG <input type="checkbox"/> Sacrum/coccyx <input type="checkbox"/> Full leg <input type="checkbox"/> Full spine F/P	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Schouder <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Sleutelbeen <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Schouderblad <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Bovenarm <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Elleboog <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Voorarm <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Pols <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Hand <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Vinger: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Heup <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Bovenbeen <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Knie <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Onderbeen <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Enkel <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Voet <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Voet staande <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Hiel <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Teen:	<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Liggend <input type="checkbox"/> Staand <input type="checkbox"/> Slikfunctie <input type="checkbox"/> Slokdarm <input type="checkbox"/> SMD ** <input type="checkbox"/> SMD-Transit ** <input type="checkbox"/> Transit** <input type="checkbox"/> Fistulografie <input type="checkbox"/> Colon <input type="checkbox"/> ERCP ** <p style="text-align: center;">Urologie</p> <input type="checkbox"/> Cystografie <input type="checkbox"/> Urethrografie <p style="text-align: center;">Ander onderzoek</p>	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Mammografie <input type="checkbox"/> Screeningsmammografie <input type="checkbox"/> Harpoen <input type="checkbox"/> Stereotactische punctie <input type="checkbox"/> Galactografie <input type="checkbox"/> Hysterosalpingografie <p style="text-align: center;">Echografie</p> <input type="checkbox"/> Borsten <input type="checkbox"/> Abdomen inferior/superior** <input type="checkbox"/> Nieren en blaas <input type="checkbox"/> Aorta <input type="checkbox"/> Schildklier <input type="checkbox"/> Hals <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Schedel <input type="checkbox"/> Scrotum <input type="checkbox"/> Prostaat <input type="checkbox"/> Weke delen <input type="checkbox"/> Doppler

Relevante klinische inlichtingen

Diagnostische vraagstelling

Vorige relevante onderzoeken ivm de diagnostische vraagstelling:

Stempel en handtekening voorschrijver: