


AANVRAAGFORMULIER RADIOLOGIE

1 aanvraagformulier per klinische vraagstelling is vereist!

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

RX – ECHO – MAMMO

CT – CB – MR zoz

Verplicht in te vullen

BESMETTING

- TBC MRSA Clostridium Druppel
 Andere

Isolatie

STOLLING

- Controle
stollingsparameters indien
drainage, punctie of biopsie

Vervoer patiënt

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

VOORGESTELD ONDERZOEK

Orgaan- en skelet radiologie	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 Mammografie <input type="checkbox"/> Screeningsmammografie <input type="checkbox"/> Harpoen <input type="checkbox"/> Stereotactische punctie <input type="checkbox"/> Galactografie <input type="checkbox"/> Hysterosalpingografie
	<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 **	Echografie <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
	Urologie <input type="checkbox"/> Cystografie <input type="checkbox"/> Urethrografie	
	Ander onderzoek	

Relevante klinisch inlichtingen

Diagnostische vraagstelling

Vorige relevante onderzoeken ivm de diagnostische vraagstelling:

Stempel en handtekening voorschrijver:

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</p> <p>Datum: Uur:</p>
--	---	---

CT – MR – CONE BEAM

RX – ECHO zoz

Verplicht in te vullen

Andere relevante informatie

NIERFUNCTIE

- Nierinsufficiëntie (eGFR < 45 ml/min/1.73 m²)
Meest recente eGFR:ml/min/1.73 m²
van/...../.....

Vorbereiding (vocht iv) aangeraden bij CT :
eGFR 30-45ml/min/1.73 m²

ALLERGIE

- Allergie waarvoor medicatie ingenomen wordt
 Vroegere allergische reactie op contrastmiddelen
 (Instabiele) astma
Indien overweeg premedicatie! (*)

- Hyperthyroïdie
 Diabetes mellitus
 Ernstige hartinsufficiëntie
 Astma
 Zwanger
 Implanthaat
 Nuchter (navragen op RX)

BESMETTING

- TBC
 MRSA
 Clostridium
 Druppel
 Andere
 Isolatie

STOLLING

- Anticoagulantia:
.....
 Controle stollingsparameters indien drainage, punctie of biopsie
INR = PT =
Overleg radioloog indien verstoord

- Vervoer patiënt
 Te voet
 Bed
 Rolstoel
 Kan niet rechtstaan
 RX aan bed

DRINGEND

VOORGESTELD ONDERZOEK

- MR :
 CT :
 Cone Beam :

Relevante klinische inlichtingen

Diagnostische vraagstelling

Vorige relevante onderzoeken ivm de diagnostische vraagstelling:

Stempel en handtekening voorschrijver:

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.