



RADIOGRAFIE en ECHOGRAFIE

IDENTIFICATIE VAN DE PATIENT (OF VIGNET)

Naam + voorna(a)m(en)	
Adres	
Geboortedatum	
Dienst + Kamer	
Geslacht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	
<input type="checkbox"/> Onderzoek aan bed	

NOODZAKELIJKE VOORBEREIDING

- 1 >4 uur voor het onderzoek nuchter
- 2 >8 uur voor het onderzoek nuchter
- 3 Aanmelden met een volle blaas
- 4 Speciale voorbereiding: navragen bij afspraak

RELEVANTE KLINISCHE INLICHTINGEN EN DIAGNOSTISCHE VRAAGSTELLING

--

VOORGESTELD(E) ONDERZOEK(EN)

GASTRO-ENTERO	SKELET	ECHOGRAFIE	DUPLEX ECHOGRAFIE
<input type="checkbox"/> ABDOMEN <input type="checkbox"/> DIAFRAGMAKOEPELS <input type="checkbox"/> SLIKFUNCTIE <input type="checkbox"/> SLOKDARM <input type="checkbox"/> SMD ² <input type="checkbox"/> SMD - TRANSIT ² <input type="checkbox"/> TRANSIT ² <input type="checkbox"/> COLON TELEBRIX GASTRO ⁴ <input type="checkbox"/> COLON BARIUM ⁴ <input type="checkbox"/> ERCP ⁴	<input type="checkbox"/> SCHEDEL <input type="checkbox"/> TMG <input type="checkbox"/> NEUS <input type="checkbox"/> CWZ <input type="checkbox"/> DWZ <input type="checkbox"/> LWZ <input type="checkbox"/> FULL SPINE <input type="checkbox"/> BEKKEN <input type="checkbox"/> SACR.-COCC. <input type="checkbox"/> FULL LEG <input type="checkbox"/> HEUP R L <input type="checkbox"/> FEMUR R L <input type="checkbox"/> KNIE R L <input type="checkbox"/> ONDERBEEN R L <input type="checkbox"/> ENKEL R L <input type="checkbox"/> VOET R L <input type="checkbox"/> TEEN R L <input type="checkbox"/> STERNUM <input type="checkbox"/> CLAVICULA R L <input type="checkbox"/> AC-GEWRICHTEN <input type="checkbox"/> SCHOUDER R L <input type="checkbox"/> SCAPULA R L <input type="checkbox"/> HUMERUS R L <input type="checkbox"/> ELLEBOOG R L <input type="checkbox"/> VOORARM R L <input type="checkbox"/> POLS R L <input type="checkbox"/> HAND R L <input type="checkbox"/> VINGER R L	<input type="checkbox"/> ABDOMEN SUPERIUS ² <input type="checkbox"/> ABDOMEN INFERIUS ³ <input type="checkbox"/> LEVER / GALBLAAS ² <input type="checkbox"/> PANCREAS / MILT <input type="checkbox"/> UROLOGISCH STELSEL ³ <input type="checkbox"/> NIEREN <input type="checkbox"/> BLAASRESIDU ³ <input type="checkbox"/> SCHEDEL transfontanel <input type="checkbox"/> HALS <input type="checkbox"/> SCHILDKLIJER <input type="checkbox"/> BORSTEN <input type="checkbox"/> PROSTAAT endorectaal <input type="checkbox"/> SCROTUM <input type="checkbox"/> AORTA ABDOMINALIS ¹ <input type="checkbox"/> LIES R L <input type="checkbox"/> ENDOVAGINAAL <input type="checkbox"/> OSTEO-ARTICULAIR regio <input type="checkbox"/> LIDMAAT (geen duplex) regio <input type="checkbox"/> OKSEL <input type="checkbox"/> THORAX	<input type="checkbox"/> HALSVATEN <input type="checkbox"/> VISCERALE ARTERIES ² <input type="checkbox"/> NIERARTERIES ² <input type="checkbox"/> PENIELE VATEN <input type="checkbox"/> LIDMAAT ARTERIEEL OL R L <input type="checkbox"/> BL R L <input type="checkbox"/> LIDMAAT VENEUS OL R L <input type="checkbox"/> BL R L
UROLOGIE			ANGIOGRAFIE
<input type="checkbox"/> ABDOMEN liggend <input type="checkbox"/> CYSTOGRAFIE <input type="checkbox"/> IVP ²			<input type="checkbox"/> IADSA ⁴ PTT: regio <input type="checkbox"/> FLEBOGRAFIE ¹ R L regio portacath
GYNAECOLOGIE			VARIA
<input type="checkbox"/> MAMMOGRAFIE <input type="checkbox"/> ECHOGRAFIE BORSTEN <input type="checkbox"/> HYSTEROSALPINGO			<input type="checkbox"/> BOTDENSITOMETRIE cfr. aparte aanvraag <input type="checkbox"/> BCA (body content analyse)
RESPIRATOIR			
<input type="checkbox"/> THORAX <input type="checkbox"/> RIBBEN EN THORAX F <input type="checkbox"/> HALS WEKE DELEN <input type="checkbox"/> CAVUM			

VORIGE RELEVANTE ONDERZOEK(EN) IN VERBAND MET DE DIAGNOSTISCHE VRAAGSTELLING

- CT
 NMR
 RX
 Echografie
 Andere
 Onbekend

RELEVANTE BIJKOMENDE INLICHTINGEN

<input type="checkbox"/> Vroegere anafylactische / allergische reactie op contrast <input type="checkbox"/> Atopisch terrein (astma, allergie, eczeem,) <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Zwangerschap / Borstvoeding <input type="checkbox"/> Implantaat <input type="checkbox"/> Nierinsufficiëntie, verminderde nierfunctie: eGFR*: <input type="checkbox"/> Andere: * Gelieve in het belang van uw patient een recente creatinine-klaring te vermelden bij: 1. Patiënten ouder dan 50 j met risicofactoren zoals: nierinsufficiëntie, diabetes, hypertensie, nefrotoxische medicatie, infectie, majeure chirurgie, trombo-embolie, ... 2. Patiënten ouder dan 60 jaar 3. Alle patienten met gekende nierinsufficiëntie
--

STEMPEL VOORSCHRIJVER**

** met vermelding naam, voornaam, adres, telnr & RIZIVnr Datum / Handtekening
Kopie voor dr.

**Indien de aanvraag niet correct is ingevuld, kan het onderzoek geweigerd worden.
Gelieve bij mogelijke ZWANGERSCHAP vooraf te verwittigen.**