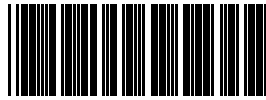


CONSULTATION EN RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

Établissement

- Malade hospitalisé Urgence Externe



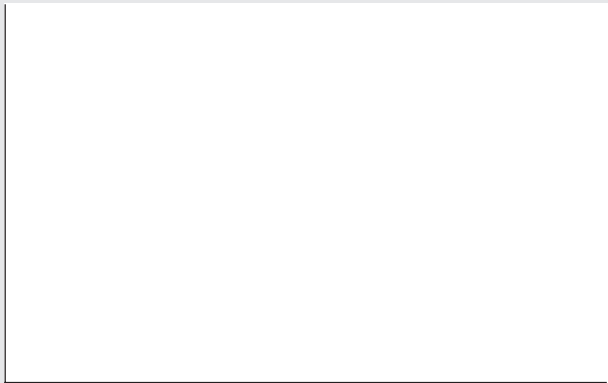
DT9041

Examen(s) antérieur(s)

- Oui Non C.S.S.T.

S'il s'agit d'un mineur,
prénom du père

Examen demandé



Renseignements cliniques

- Sur pied
- Fauteuil
- Au lit
- Civière
- Appareil mobile
- Salle d'opération

N° dossier radiologique

A M J Heure

Date _____

Nom du médecin ou service requérant (en lettres moulées)

Signature

PROTOCOLE RADIOLOGIQUE

Nom de l'examen

Date

Code

Nom de l'examen

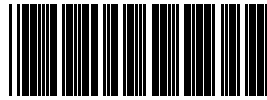
A M J
Date _____

Signature

CONSULTATION EN RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

Établissement

- Malade hospitalisé Urgence Externe



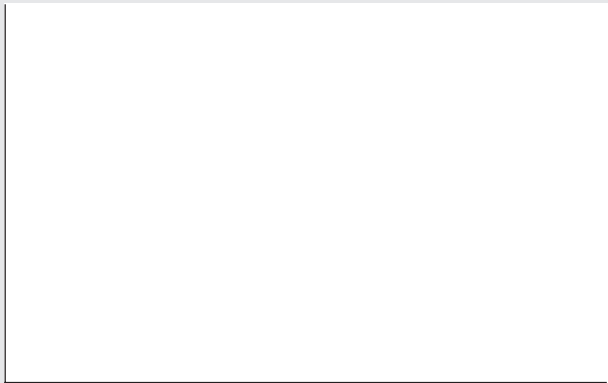
DT9041

Examen(s) antérieur(s)

- Oui Non C.S.S.T.

S'il s'agit d'un mineur,
prénom du père

Examen demandé



Renseignements cliniques

- Sur pied
- Fauteuil
- Au lit
- Civière
- Appareil mobile
- Salle d'opération

N° dossier radiologique

A M J Heure

Date _____

Nom du médecin ou service requérant (en lettres moulées)

Signature

PROTOCOLE RADIOLOGIQUE

Nom de l'examen

Date

Code

Nom de l'examen

A M J

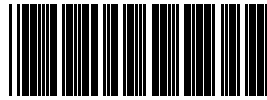
Date

Signature

CONSULTATION EN RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

Établissement

- Malade hospitalisé Urgence Externe



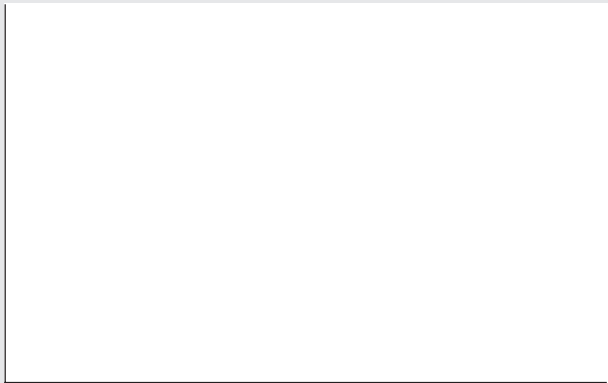
DT9041

Examen(s) antérieur(s)

- Oui Non C.S.S.T.

S'il s'agit d'un mineur,
prénom du père

Examen demandé



Renseignements cliniques

- Sur pied
- Fauteuil
- Au lit
- Civière
- Appareil mobile
- Salle d'opération

N° dossier radiologique

A M J Heure

Date

Nom du médecin ou service requérant (en lettres moulées)

Signature

PROTOCOLE RADIOLOGIQUE

Nom de l'examen

Date

Code

Nom de l'examen

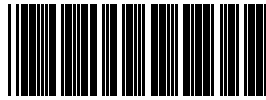
A M J
Date

Signature

CONSULTATION EN RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

Établissement

- Malade hospitalisé Urgence Externe



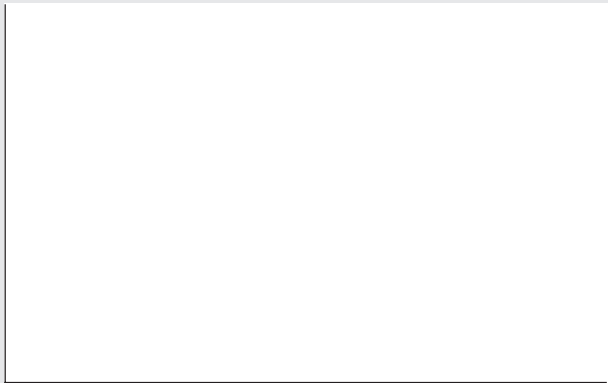
DT9041

Examen(s) antérieur(s)

- Oui Non C.S.S.T.

S'il s'agit d'un mineur,
prénom du père

Examen demandé



Renseignements cliniques

- Sur pied
- Fauteuil
- Au lit
- Civière
- Appareil mobile
- Salle d'opération

N° dossier radiologique

A M J Heure

Date _____

Nom du médecin ou service requérant (en lettres moulées)

Signature

PROTOCOLE RADIOLOGIQUE

Nom de l'examen

Date

Code

Nom de l'examen

A M J

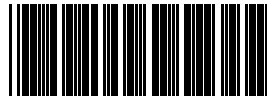
Date

Signature

CONSULTATION EN RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

Établissement

- Malade hospitalisé
 Urgence
 Externe



DT9041

Examen(s) antérieur(s)

- Oui
 Non
 C.S.S.T.

S'il s'agit d'un mineur,
prénom du père

Examen demandé

Renseignements cliniques

- Sur pied
 Fauteuil
 Au lit
 Civière
 Appareil mobile
 Salle d'opération

N° dossier radiologique

A M J Heure

Date

Nom du médecin ou service requérant (en lettres moulées)

Signature

PROTOCOLE RADIOLOGIQUE

Nom de l'examen

Date

Code

TECHNIQUE RADIOGRAPHIQUE

Nom du médicament	Concentration	Voie	Quantité	Date	Heure

FACTEURS TECHNIQUES (Voir notes explicatives au verso)

Incidences	D.f.f.	Film	Écran	Grille	Filtre	mA	s	mA/s	kV

NOMBRE DE FILMS

350 X 430	350 X 350	280 X 350	250 X 300	200 X 250	180 X 430	240 X 240	Autres	Total

Salle

Date

Heure d'arrivée

du départ

Nom de l'examen

A M J
Date

Signature

NOTES EXPLICATIVES

D.f.f. : distance foyer-film

Film : type de film

Écran : type d'écran

Grille : efficacité

Filtre : épaisseur du matériel employé

mA : milliampère

s : temps en secondes

mA/s : milliampère / seconde

kV : tension en kilovolts