

AANVRAAG VOOR MEDISCHE BEELDVORMING: CT-SCAN

Gelieve u 30 minuten voor het onderzoek in het ziekenhuis aan te melden.
Aanvraag steeds meebrengen naar het onderzoek.

Patiëntgegevens Naam-Voornaam: Geboortedatum: Man / Vrouw Kamernummer:	Openingsuren secretariaat: elke werkdag van 7 tot 19u tel: 03/650.50.49 www.azklina.be Datum onderzoek: Uur onderzoek:										
Verplicht in te vullen: Bijkomende inlichtingen: Patiënt geeft toestemming om, indien nodig, contrastvloeistof te gebruiken. Patiënte is niet zwanger. Patiënt lijdt niet aan nierinsufficiëntie. <i>optioneel: eGFR:</i> Patiënt heeft geen contrastallergie.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">Akkoord</th> <th style="width: 50%;">Niet akkoord</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐ eGFR:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> </table>	Akkoord	Niet akkoord	☐	☐	☐	☐	☐	☐ eGFR:	☐	☐
Akkoord	Niet akkoord										
☐	☐										
☐	☐										
☐	☐ eGFR:										
☐	☐										
<table style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ Anticoagulantie:</td> <td>☐ DNR</td> <td>☐ Andere:</td> </tr> <tr> <td>☐ Diabetes</td> <td>☐ Implantaten:</td> <td></td> </tr> </table>		☐ Anticoagulantie:	☐ DNR	☐ Andere:	☐ Diabetes	☐ Implantaten:					
☐ Anticoagulantie:	☐ DNR	☐ Andere:									
☐ Diabetes	☐ Implantaten:										
Vorige relevante onderzoeken in verband met de diagnostische vraagstelling: ☐ CT ☐ MR ☐ RX ☐ Echo ☐ Mammo ☐ Andere											
Verplicht in te vullen: Diagnostische vraagstelling en klinische inlichtingen: ☐ Kopie aan huisarts	Stempel – Handtekening Datum voorschrift:										

CT-SCAN	CT-SCAN	CT-SCAN																																
☐ hersenen ☐ dental scan ☐ faciaal massief ☐ fossa posterior ☐ orbitae ☐ rotsbeenderen ☐ sinussen ☐ hals ☐ SI gewrichten ☐ bekken (bot)	☐ bovenste abdomen ☐ volledig abdomen ☐ abdomen à blanc ☐ enterografie ☐ klein bekken; aandacht voor ☐ lever 3 fasen ☐ nieren 3 fasen ☐ urografie ☐ virtuele colonografie <table style="width: 100%;"> <tr> <th style="text-align: left;">Arthro</th> <th style="text-align: center;">R</th> <th style="text-align: center;">L</th> <th></th> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>schouder</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>elleboog</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>pols</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>heup</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>knie</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>enkel</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>voet</td> </tr> </table>	Arthro	R	L		☐	☐	☐	schouder	☐	☐	☐	elleboog	☐	☐	☐	pols	☐	☐	☐	heup	☐	☐	☐	knie	☐	☐	☐	enkel	☐	☐	☐	voet	☐ thorax ☐ thorax hoge resolutie ☐ thorax longembolen ☐ thorax low dose ☐ angio CT abdominale vaten ☐ angio CT aorta ☐ BL ☐ OL ☐ angio CT aorta ☐ abdominalis ☐ thoracalis ☐ angio CT cirkel van Willis ☐ angio CT halsvaten ☐ angio CT perforanten ☐ angio CT renale vaten
Arthro	R	L																																
☐	☐	☐	schouder																															
☐	☐	☐	elleboog																															
☐	☐	☐	pols																															
☐	☐	☐	heup																															
☐	☐	☐	knie																															
☐	☐	☐	enkel																															
☐	☐	☐	voet																															
☐ andere:																																		