

vzw Emmatis
AZ Voorkempen
Oude Liersebaan 4
2390 MALLE
Afspraak op om

Aanvraagformulier RX/ECHO/ BMC

ROUTE F 001

Radiologie-MBV
Dr. ARDIES P. - Dr. PLAS
Dr. OOMS - Dr. ARDIES L.

Dr. M. EYSELBERGS - Dr. K. VAN LOOVEREN

afspraken: rx-echo 03-380 20 62

Naam:	Voorna(a)m(en):	Afdeling	Stempel voorschrijver* RIZIV NUMMER Datum: Handtekening Copy Protocol naar:
Geboortedatum:		Kamer	
Geslacht:	<input type="checkbox"/> Mannelijk <input type="checkbox"/> Vrouwelijk		<small>*Stempel voorschrijver met vermelding van naam, voornaam, adres, en RIZIV-nummer.</small>

Voorgesteld(e) onderzoek(en):

SPLIJVERTERINGSSTELSEL

- Abdomen staande +
 Diafragmakoepels
- Abdomen liggend
- Slikfunctie
- Slokdarm
- Slokdarm-maag-
 duodenum
- Transit
- Contrastlavement
- Defaecografie
- ERCP
- Cholangiografie via
 drain van Kehr
- Colpo-cysto-
 defaecografie

UROLOGIE

- Abdomen liggend
- Cystografie
 (permictioneel)
- Ascenderende
 pyelografie
- Descenderende
 pyelografie

**ADEMHALINGS-
STELSEL**

- Thorax face / profiel
- Thorax aan bed
- Trachea
- Sniftest

SCHEDEL

- Schedel
- Sinussen
- Cavum nasi
- Neus

OSTEO-ARTICULAIR

- | | R | L |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Vinger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hand | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pols | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Voorarm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Elleboog | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bovenarm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schouder-scapula | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ACG gewricht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Clavicula | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Teen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Voet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enkel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Onderbeen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Knie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Femur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Heup | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bekken liggend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bekken staande rooster | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sacro-iliacale gewrichten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ribben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sternum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Full-leg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Botleeftijd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

WERVELZUIL

- | | |
|--------------------------------|--------------------------|
| C ₁ -C ₂ | <input type="checkbox"/> |
| CWZ | <input type="checkbox"/> |
| Cervico dorsale overgang | <input type="checkbox"/> |
| DWZ | <input type="checkbox"/> |
| Dorso lumbale overgang | <input type="checkbox"/> |
| LWZ + bekken staande | <input type="checkbox"/> |
| Dynamische opnamen | <input type="checkbox"/> |
| Full-spine face | <input type="checkbox"/> |
| profiel | <input type="checkbox"/> |
| Sacrum - coccyx | <input type="checkbox"/> |

ANDERE

- BMC
 - gelieve achterzijde volledig in te vullen
 - Fistulografie
- GYNAECOLOGIE-SENOLOGIE**
- Mammo + echo
 - Hysterosalpingografie
- | | R | L |
|------------------|--------------------------|--------------------------|
| Harpoenmarkering | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Borstbiopsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ECHO

- Bovenbuik
- Abdomen
- Klein bekken
- Hals
- Thorax
- Mammo
- Scrotum
- Schedel
- Duplex halsvaten
- Duplex O.L. Arterieel
- O.L. Veneus
- Kleuren-power doppler

- | | R | L |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| Ledematen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Relevante klinische inlichtingen

Diagnostische vraagstelling

Relevante bijkomende inlichtingen

**AANDACHTSPUNTEN VOOR VERPLEEGKUNDIGE
RADIOLOGIE - MEDISCHE BEELDVORMING**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> besmette patiënt | <input type="checkbox"/> implantaat |
| <input type="checkbox"/> beademde patiënt | <input type="checkbox"/> andere: |
| <input type="checkbox"/> mogelijk zwangerschap | <input type="checkbox"/> DNR: |
| <input type="checkbox"/> opname aan bed | <input type="checkbox"/> geen: |
| <input type="checkbox"/> patiënt mag niet rechtstaan | |

Vorige relevante onderzoek(en) in verband met de diagnostische vraagstelling

- CT NMR RX Echografie Onbekend Andere:

AANVRAAGFORMULIER BOTDENSITOMETRIE

Patiëntgegevens of identificatielever:

Naam + voornaam:

Adres:

Opnamenummer:

Uniek identificatienummer:

Gaand

Zittend

Liggend

Ambulant

Gehospitaliseerd

Kamer:

TERUGBETALINGSVOORWAARDEN (verplicht aan te kruisen)

Het onderzoek wordt vergoed bij volgende patiënten (niet terugbetaalbaar binnen de 5 jaar):

- 1/ vrouwen van meer dan 65 jaar met een familiale geschiedenis van osteoporose namelijk een heupfractuur bij familie van de eerste of tweede graad
- 2/ ongeacht de leeftijd of geslacht; indien één of meer van de volgende risicofactoren aanwezig zijn:
- a/ niet oncologische low impact wervelfractuur;
 - b/ antecedent van een perifere low impact fractuur met exclusie van fractuur ter hoogte van vingers, tenen, schedel, gelaat of van de cervicale wervelzuil;
 - c/ patiënten met een voorgeschreven corticotherapie van meer dan 3 maand opeenvolgend aan een equivalent van >7,5 mg prednisolone/dag;
 - d/ oncologische patiënten onder anti-hormonale therapie of in menopauze als gevolg van de oncologische therapie;
 - e/ patiënten met minstens één van de volgende risico aandoeningen:
 - 1° reumatoïde artritis
 - 2° evolutieve niet behandelde hyperthyreoïdie;
 - 3° hyperprolactinemie;
 - 4° langdurig hypogonadisme (inbegrepen therapeutische orchidectomie of langdurige behandeling met een gonadotrophine-releasinghormone (GnRH) analoog);
 - 5° renale hypercalciurie;
 - 6° primaire hyperparathyreoïdie;
 - 7° osteogenesis imperfecta;
 - 8° Ziekte/Syndroom van Cushing;
 - 9° anorexia nervosa met Body Mass Index <19kg/m²;
 - 10° vroegtijdige menopauze (<45 jaar).

Het onderzoek wordt niet vergoed

RISICOVARIABLEN (verplicht in te vullen met het oog op de berekening van het globale fractuurrisico volgens FRAX-algoritme)

Leeftijd: jaar

Gewicht: kg

Lengte: cm

Geslacht: man vrouw

Antecedenten van fracturen: ja neen

Antecedenten van heupfracturen bij verwanten tot de tweede graad: ja neen

Roken: ja neen

Corticoïden gebruik: ja neen

Reumatoïde artritis: ja neen

Secundaire osteoporose: ja neen

Alcoholverbruik per dag (>3 eenheden/dag): ja neen

KLINISCHE INFORMATIE:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

AANVRAGEND GENEESHEER

(stempel + handtekening)

datum onderzoek: / /