

vzw Emmaüs
AZ Voorkepen
Oude Liersebaan 4
2390 MALLE
Afspraak op om

Aanvraagformulier CT ROUTE F 001

Radiologie-MBV
Dr. ARDIES P. - Dr. PLAS - Dr. OOMS
Dr. ARDIES L. - Dr. EYSELBERGS
Dr. VAN LOOVEREN
CT scan 03-380 20 69

| | | | |
|--|-----------------|----------|--|
| Naam: | Voorna(a)m(en): | Afdeling | Stempel voorschrijver* RIZIV NUMMER |
| Geboortedatum: | | Kamer | Datum: Handtekening |
| Geslacht: <input type="checkbox"/> Mannelijk <input type="checkbox"/> Vrouwelijk | | | Copy Protocol naar : |

*Stempel voorschrijver met vermelding van naam, voornaam, adres, en RIZIV-nummer.

Alles verplicht in te vullen door voorschrijvende arts

| | | |
|--|---|--|
| CT Schedel Dentalscan: - bovenkaak <input type="checkbox"/> - onderkaak <input type="checkbox"/> Sinussen <input type="checkbox"/> Aangezichtsmassief <input type="checkbox"/> Rotsbeenderen <input type="checkbox"/> Hals <input type="checkbox"/> Halsbloedvaten <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Thorax HR <input type="checkbox"/> Pulm. circulatie <input type="checkbox"/> Thorax + BB <input type="checkbox"/> | Abdomen volledig <input type="checkbox"/> Abdomen à blanc <input type="checkbox"/> Enterografie <input type="checkbox"/> Nierarteries <input type="checkbox"/> Aorta abdominaal <input type="checkbox"/> Aorta thoracaal <input type="checkbox"/> Arteries O.L. <input type="checkbox"/> Pelvimetrie <input type="checkbox"/> Wervelzuil - cervicaal <input type="checkbox"/> - dorsaal <input type="checkbox"/> - lumbaal <input type="checkbox"/> Bekken <input type="checkbox"/> Lidmaat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Virtueel colon <input type="checkbox"/> Cardiale CT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arthrografie + CT R L Knie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schouder <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Elleboog <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pols <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|--|---|--|

| | |
|--|--|
| Voorgesteld(e) onderzoek(en): Relevante klinische inlichting(en): (Verplicht invullen) Diagnostische vraagstelling: (Verplicht invullen) | <p>Motivatie voor uitvoering van CT-scan VERPLICHT in te vullen. Het opvolgen van deze richtlijnen is de verantwoordelijkheid van de verwijzende arts!</p> Meest recente • creatinineklaring: • GFR: Datum labo: <p>Relevante bijkomende inlichtingen (Verplicht invullen) RISICOFACTOREN VOOR HET TOEDIENEN VAN CONTRASTSTOFFEN: <input type="checkbox"/> contrastallergie <input type="checkbox"/> nierinsufficiëntie <input type="checkbox"/> allergische voorbeschiktheid <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> hartfalen en recente hartbeschadiging <input type="checkbox"/> CVA - problematiek <input type="checkbox"/> geen</p> <p>AANDACHTSPUNTEN VOOR VERPLEEGKUNDIGE RADIOLOGIE - MEDISCHE BEELDVORMING <input type="checkbox"/> besmette patiënt <input type="checkbox"/> beademde patiënt <input type="checkbox"/> zwangerschap <input type="checkbox"/> opname aan bed <input type="checkbox"/> patiënt mag niet rechtstaan <input type="checkbox"/> implantaat <input type="checkbox"/> powerpoort <input type="checkbox"/> DNR <input type="checkbox"/> thorax drain <input type="checkbox"/> valgevaar</p> <p>Vorige relevante onderzoek(en) in verband met de diagnostische vraagstelling (Verplicht invullen) <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> NMR <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> Echografie <input type="checkbox"/> Onbekend <input type="checkbox"/> Andere:</p> |
|--|--|

Indien blanco ingevuld in dit vak wordt dit beschouwd als "Geen relevante bijkomende inlichtingen".

Slechts 1 aanvraagformulier per klinische vraagstelling.

Dienst Radiologie

Programma: Dr. Ardies P. Dr. Plas Dr. Ooms Dr. Ardies L. Dr. Eyselbergs Dr. Van Looveren

.....

.....

IV contrast Ja Neen

PO Ja Neen H₂O / Telebrix / Mannitol Start uur

Rectaal Ja Neen

GSI Ja Neen

Niervoorbereiding Ja Neen

Allergievoorbereiding Ja Neen IV Per OS

Wie heeft onderzoek uitgevoerd - Stempel:

Dit aanvraagformulier komt pas voor terugbetaling door RIZIV in aanmerking als alle verplichte rubrieken correct ingevuld zijn door de aanvragende arts, cfr. ZIV-wet artikel 22. Indien dat niet het geval is, kan de normale afwerking van het aangevraagde onderzoek vertraging oplopen. Achterzijde **verplicht in te vullen** door patiënt voor het aanmelden bij CT.

In te vullen door patiënt

Vragenlijst CT-onderzoeken

Gelieve dit formulier zorgvuldig in te vullen. Het is van belang dat de radiologen en het personeel van de dienst Medische beeldvorming over deze informatie beschikken in het kader van een eventuele contrasttoediening die nodig is voor het onderzoek.

Gewicht: kg

Lengte: cm

Hebt u prothesemateriaal in uw lichaam t.h.v. het te onderzoeken lichaamsdeel?

Welke

(heupprothese, schroeven, platen)

Ja Nee

Mevrouw, bent u mogelijk zwanger?

Ja Nee

Mevrouw, geeft u borstvoeding?

Ja Nee

Hebt u:

- een gekende allergie (*voedingsallergie, eczema, asthma, hooikoorts of huisstofmijtallergie, neurodermatitis, isobethadine*).

Ja Nee

- eerder een allergische reactie gehad bij toediening van een jodiumhoudend product

(bijvoorbeeld na inspuiting van een contraststof bij een voorgaand onderzoek)

Zo ja, welke reactie:

.....

- een gekend probleem van de schildklier

Ja Nee

- een gekende stoornis van de nierfunctie (*nierinufficiëntie*)

Ja Nee

- een gekende bloedziekte (*ziekte van Kahler, ziekte van Waldenström, sikkelcelanemie,...*)

Ja Nee

- suikerziekte

Ja Nee

Zo ja neemt u:

Glucophage

Gluconorm

Metformine

Metformax

Eucreas

.....

Datum:

Patiënt heeft kennis van en geeft toestemming voor het onderzoek.

Handtekening