



# CENTRE JEAN-VIOLETTE

## BON D'EXAMEN

### RENDEZ-VOUS LE:

À

à jeun     boire 1/2 litre d'eau

*En cas d'empêchement, prévenir au moins 24h. à l'avance.*

Nom

Prénom

Date de naissance

N° de téléphone

### EXAMEN(S) DEMANDÉ(S)

- |                                       |   |   |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> RX           | <input type="checkbox"/> IRM            | <input type="checkbox"/> Infiltration               |
| <input type="checkbox"/> Echographie  | <input type="checkbox"/> CT Scanner     | <input type="checkbox"/> Consultation de la douleur |
| <input type="checkbox"/> Mammographie | <input type="checkbox"/> Minéralométrie | <input type="checkbox"/> Autre                      |

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

### QUESTIONNAIRE DE SÉCURITÉ

Insuffisance rénale     Non     Oui (Créatinine)

Allergie(s)     Iode     Autres:

### SPÉCIALISTES F.M.H EN RADIOLOGIE

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dr Vanessa Cerny         | <input type="checkbox"/> Dr Haleem G. Khan   |
| <input type="checkbox"/> Dr Yasmine Sayegh Martin | <input type="checkbox"/> Dr Hasan Yilmaz     |
| <input type="checkbox"/> Dr Abed Kourhani         | <input type="checkbox"/> Dr Victor Cuvinciuc |
| <input type="checkbox"/> Dr Jean-Baptiste Martin  |  |

### MÉDECIN DEMANDEUR

Nom et Prénom

Tél

E-mail

Merci de téléphoner     avant l'examen     après l'examen

Copie des résultats à

### RÉSULTAT PAR

- Courrier     Fax     E-mail     Téléphone     CD au patient

Votre dossier est accessible sur internet à l'adresse:

[www.centrejeanviolette.ch](http://www.centrejeanviolette.ch)



Rue Jean -Violette 3 et 5 - 1205 Genève  
Tél: +41 (0)22 320 40 22 Fax: +41 (0)22 807 11 65