|  |
| --- |
| **Demande d’Echographie de l’appareil locomoteur** |

**Patient :**

**Prénom, Nom : ..........................................................**

**Date de naissance: │\_│\_│ │\_│\_│ │\_│\_│**

**Adresse postale : ..................................................... *ou***

**.................................................................................... *Etiquette du patient***

**No de téléphone privé: .........................................**

**No de téléphone prof: .........................................**

**No de téléphone mobile ........................................**

**Adresse e-mail : …………………………….**

**Médecin envoyeur :**

**Prénom, nom :……………………………………………..**

**Numéro de téléphone :……………………………………**

 *Tampon*

**Questions / données cliniques brèves: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Articulation/région :……….......................... gauche droite bilatéral**

**Urgent : non oui**

***A remplir si ponction infiltration biopsie souhaitée* :**

**Allergie : non oui  préciser………………………………………………..**

**Anticoagulation : non oui  date et valeur dernier INR :………………………..**

**Diabète : non oui**

**Glaucome : non oui**

***Formulaire à faxer au : 022 372 35 35***

*Pour demande* ***urgente****, possibilité de contacter directement Le secrétariat au 022 372 36 78 – nadine.lambelet@hcuge.ch*

*Dr Michael Nissen : 022 372 36 86 – michael.j.nissen@hcuge.ch*