|  |
| --- |
| ID du site : |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |
| Nom de l'enquêteur qui remplit le formulaire et signature :  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date à laquelle le formulaire est rempli :  |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/|\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| (JJ/MM/20AA) |
| PID |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| ID de l'épisode |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |
| RADIOGRAPHIE |

|  |  |
| --- | --- |
| Radiographie | |
| Date de la demande de radiographie | |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/|\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| (JJ/MM/20AA) |
| Radiographie sur site | Oui  Non |
| Type de radiographie | Numérique  Analogique |
| Date de réalisation de la radiographie | |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/|\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| (JJ/MM/20AA) |
| Interprète de la radiographie | Radiologue  Autre médecin  Assistant médical  Infirmier(ère)  Autre  Si Autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Résultats de la radiographie :  Cavités  Ganglions lymphatiques élargis  Opacités  Miliaire  Effusion | Oui  Non  Oui  Non  Oui  Non  Oui  Non  Oui  Non |
| Date de réception de la radiographie par le soignant | |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/|\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| (JJ/MM/20AA) |
| Commentaire : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |