|  |
| --- |
| 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) [ ]  AutreSi Autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Résultats de la radiographie :CavitésGanglions lymphatiques élargisOpacitésMiliaireEffusion | [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Oui [ ]  Non  |
| Date de réception de la radiographie par le soignant | |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/|\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| (JJ/MM/20AA) |
| Commentaire : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |