RESERVE AU MEDECIN CONSEIL

☐ Favorable :

	Code	Libellé
☐	RAD 100 10	TDM cérébrale
☐	RAD 100 20	Scanopelvimétrie
☐	RAD 100 30	TDM de mensuration
☐	RAD 100 40	TDM de repérage
☐	RAD 100 50	TDM de l'articulation temopo-mendibulaire
☐	RAD 100 60	TDM orbitaire
☐	RAD 100 70	TDM thoracique (standard ou haute résolution)
☐	RAD 100 80	TDM abdominale
☐	RAD 100 90	TDM pelvienne
☐	RAD 10140	TDM de simulation
	RAD	

☐ Défavorable :
Motifs **:**

……
……
……
……
……
……

Observations :

……
……
……
……
……
……

Date : ……/……/……

signature

الصندوق الوطني للتأمين على المرض
CNAM Caisse Nationale d'Assurance Maladie

AP2

DEMANDE D'EXAMEN PAR IMAGERIE MEDICALE

مطلب لإجراء كشف بالتصوير الطبي

A REMPLIR PAR L'ASSURE SOCIAL — **يعمر من طرف المضمون الاجتماعي**

Caisse d'affiliation ☐ CNSS ☐ CNRPS صندوق الانخراط

Identifiant unique ou Numéro d'assuré social ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ المعرف الوحيد أو رقم المضمون الاجتماعي

L'ASSURE SOCIAL — المضمون الاجتماعي

PRENOM :…… : الاسم

NOM :…… : اللقب

ADRESSE : …… : العنوان

……

……

TELEPHONE : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ : الهاتف

LE BENEFICIAIRE — المنتفع

L'ASSURE SOCIAL ☐ المضمون الاجتماعي

LE CONJOINT ☐ القرين

L'ENFANT* ☐ الإبن*

L'ASCENDANT** ☐ الأب أو الأم**

* Le 1er Enfant = 1, 2ème enfant = 2, 3ème enfant = 3 …etc
** Le père = 1, la mère = 2

*الإبن الأول = 1، الثاني = 2، الثالث = 3 ...الخ
**الأب = 1، الأم = 2

PRENOM :…… : الاسم

NOM :…… : اللقب

DATE DE NAISSANCE ☐☐ ☐☐ ☐☐ : تاريخ الولادة

SIGANTURE DE L'ASSURE SOCIAL إمضاء المضمون الاجتماعي

RAPPORT MEDICAL CONFIDENTIEL

Je soussigné docteur : ……..……

Exerçant en tant que : ……...….

à ……..…

Code conventionnel ☐

certifie avoir examiné Mr (me) :……...……..

……...

Identifiant unique ou numéro d'assuré social : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Prescrit l'examen suivant :

Scanner	☐ **RAD 100 10 TDM cérébrale** ☐ **RAD 100 20 Scanopelvimétrie** ☐ **RAD 100 30 TDM de mensuration** ☐ **RAD 100 40 TDM de repérage** ☐ **RAD 100 50 TDM de l'articulation temopo-mendibulaire**	☐ **RAD 100 60 TDM orbitaire** ☐ **RAD 100 70 TDM thoracique** ☐ **RAD 100 80 TDM abdominale** ☐ **RAD 100 90 TDM pelvienne** ☐ **RAD 10140 TDM de simulation**
	Autre scanner ***Région :*** …… ***Code :*** **RAD**……	
IRM (*préciser la région*)……		
Scintigraphie ……		
Autre acte……		

L'examen demandé est en liaison avec une affection prise en charge intégralement APCI :

☐ **Oui code APCI :……**

☐ **Non**

Données cliniques et paracliniques :

……...

……...

……...

……...

……...

……...

……...

Diagnostic (*établi ou probable*) :

……...

……...

……...

……...

Thérapeutique (*envisagée ou en cours*) :

……...

……...

……...

……...

……...

……...

Les examens préalables suivants ont été déjà effectués :

Nature de l'examen	**Date**
.....	……
……..	……
……..	……

……, *le*……..

CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN