

Prise de rendez-vous Radiologie

Examens d'Imagerie

Scanner/IRM/Radiographie/Mammographie/Échographie

tel: 04 68 61 65 16 (secrétariat ouvert de 8h à 17h30)

Attention, ne pas utiliser ce formulaire pour les échographies de grossesse (04 68 61 65 60) ainsi que pour les échographies cardiaques (04.68 61.69.27) et doppler (04.68.61.65.29).

Demander un rendez-vous de SCANNER, d'IRM, de RADIOGRAPHIE, d'ECHOGRAPHIE ou de MAMMOGRAPHIE en ligne.

Veillez compléter le formulaire et cliquer sur envoyer (les champs suivis d'une astérisque sont obligatoires).

Une secrétaire vous contactera dans les 48h hors week-end.

Identité du patient devant réaliser un examen de radiologie

Civilité (obligatoire)

 ▾

Nom (obligatoire)

Prénom (obligatoire)

Téléphone

Courriel (obligatoire)

Confirmation du courriel (obligatoire)

Date de naissance (obligatoire)

Adresse (obligatoire)

Code postal (obligatoire)

Ville (obligatoire)

La demande d'examen du patient

Type d'examen (obligatoire)

Ce texte correspond au sujet du courriel

Motif de l'examen (obligatoire)

Nom du médecin prescripteur (obligatoire)

Prénom du médecin prescripteur (obligatoire)

Ville du médecin prescripteur (obligatoire)

Coordonnées du médecin prescripteur (obligatoire)

Nom du médecin traitant (obligatoire)

Prénom du médecin traitant (obligatoire)

Ville du médecin traitant (obligatoire)

Coordonnées du médecin traitant (obligatoire)

Joindre l'ordonnance en pièce jointe pour traiter la demande d'examen

Formats acceptés : jpg, gif, png, bmp, rtf, doc, docx, xls,xlsx, pdf, zip (jusqu'à 10 Mo)

VALIDER

CENTRE HOSPITALIER
PERPIGNAN

Centre Hospitalier de Perpignan

20 Avenue du Languedoc
BP 49954
66046 PERPIGNAN cedex 9
Tél. : 04 68 61 66 33