



I.M.R.O.
Imagerie Médicale, Radiothérapie et Oncologie



PRESCRIPTION D'EOS EN CHARGE

NOM : PRENOM :

Date de naissance :/...../.....

ADRESSE :

.....
.....
.....

TEL :

INDICATION :

.....
.....
.....

TYPE D'EXAMEN DEMANDE :

RACHIS

- EOS BASSIN/RACHIS STANDARD POUR STATIQUE
- EOS BASSIN RACHIS SANS ET AVEC PORT DU CORSET
- EOS RACHIS EXPERT 3D COMPLETE

MEMBRES INFERIEURS

- EOS MEMBRES INFERIEURS EN CHARGE STANDARD
- EOS MI SUIVI PTH
- EOS SQUELETTE ENTIER
- AUTRE

REMARQUES PARTICULIERES :

.....
.....
.....

Date :

Signature :