

PRESCRIPTION D'UN ACTE TECHNIQUE ALGOLOGIQUE SOUS SCOPIE

 063/55 22 40

gestiondeslits.cha@vivalia.be

Identification du patient :

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : / /

TEL :

Date de la demande : / /

Médecin prescripteur

Cachet

Signature

Antécédents patients

Traitement anticoagulant/antiagrégant (<https://www.vivalia.be/actes-techniques-algologiques>) :

..... Allergies :

Territoire douloureux : Douleurs depuis

Diagnostic :

Infiltration

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Facettes | ☐ Cervicales | ☐ G ☐ D | ☐ C.... – C.... | ☐ 1 ^{ère} ☐ 2 ^{ème} |
| | ☐ Dorsales | ☐ G ☐ D | ☐ D.... – D.... | ☐ 1 ^{ère} ☐ 2 ^{ème} |
| | ☐ Lombaires | ☐ G ☐ D | ☐ L.... – L.... | ☐ 1 ^{ère} ☐ 2 ^{ème} |
| | | | | |
| ☐ Foraminale | ☐ Cervicale | ☐ G ☐ D | ☐ C.... | ☐ 1 ^{ère} ☐ 2 ^{ème} ☐ 3 ^{ème} |
| | ☐ Lombaire | ☐ G ☐ D | ☐ L.... | ☐ 1 ^{ère} ☐ 2 ^{ème} |
| | | | | |
| ☐ Péridurale | ☐ Cervicale | ☐ G ☐ D | ☐ C.... | ☐ 1 ^{ère} ☐ 2 ^{ème} |
| | ☐ Lombaire | ☐ G ☐ D | ☐ L.... | ☐ 1 ^{ère} ☐ 2 ^{ème} |
| | | | | |
| ☐ Ganglions Impar | | | | |
| ☐ Géciculés | ☐ G ☐ D | | | |
| | | | | |
| ☐ Rameaux postérieurs sacrés | ☐ G ☐ D | | ☐ 1 ^{ère} ☐ 2 ^{ème} | |
| | | | | |
| ☐ Autres : | | | | |

Radiofréquence

- | | | | | |
|---|---|---|--|---|
| ☐ Facettes | ☐ Cervicales | ☐ G ☐ D | ☐ C.... – C.... | |
| | ☐ Lombaires | ☐ G ☐ D | ☐ L.... – L.... | |
| | | | | |
| ☐ Foraminale | ☐ Cervicale | ☐ G ☐ D | ☐ C.... | |
| | ☐ Lombaire | ☐ G ☐ D | ☐ L.... | ☐ 1 ^{ère} ☐ 2 ^{ème} |
| | | | | |
| ☐ Géciculés | ☐ G ☐ D | | | |
| | | | | |
| ☐ Rameaux postérieurs sacrés | ☐ G ☐ D | | | |
| | | | | |
| ☐ Autres : | | | | |