

# DEMANDE D'IMAGERIE MÉDICALE

## MEDICAL IMAGING REQUEST

### Imagerie médicale | Medical Imaging

**Remarque :** Demande distincte pour la tomographie (formulaire CLI-03-3033) et l'échographie (formulaire CLI-03-3048)

**Remark:** Separate request for CT scan (form CLI-03-3033) and ultrasound (form CLI-03-3048)

Date de la demande | Date of request: \_\_\_\_\_  
aaaa-mm-jj | yyyy-mm-dd

Autocollant patient | Patient Label

N° de la chambre | Room no.:

**Télécopieur | Fax : 613-636-6211**     Urgence/ED « Main »     Urgence/ED « EDAS »     Urgence/ED « RAZ »     Patient hosp./Inpt

**Télécopieur | Fax : 613-636-6172**     Patient externe | Outpatient

Patient de l'Urgence devant être inscrit comme « patient externe », qui doit retourner à l'Urgence pour résultats.  
**Emergency Department (ED) patient to be booked as an "outpatient" who must return to ED for results.**

Ambulant | Walking     Chaise roulante | Wheelchair     Civière | Stretcher     Patient en isolement | Patient Isolation  
Raison | Reason:

**Renseignements cliniques | Clinical Information**

<p><b>EXAMENS SANS RENDEZ-VOUS</b> <b>EXAMS WITHOUT APPOINTMENT</b></p> <p><u>Membres supérieurs   Upper Limbs</u></p> <p>101. Art. A.C.   A.C. Jts            D/R    G/L 102. Clavicule   Clavicle            D/R    G/L 103. Épaule   Shoulder            D/R    G/L 104. Humérus   Humerus            D/R    G/L 105. Coude   Elbow                  D/R    G/L 106. Avant-bras   Forearm            D/R    G/L 107. Poignet   Wrist                  D/R    G/L 108. Main   Hand                    D/R    G/L 109. Doigt   Finger 1 2 3 4 5        D/R    G/L 110. Scapula                          D/R    G/L</p> <p><u>Membres inférieurs   Lower Limbs</u></p> <p>111. Bassin   Pelvis 112. Hanche   Hip                    D/R    G/L 113. Fémur   Femur                  D/R    G/L 114. Genou   Knee                    D/R    G/L 115. Tibia-péroné   Tib Fib            D/R    G/L 116. Cheville   Ankle                D/R    G/L 117. Pied   Foot                      D/R    G/L 118. Orteil   Toe 1 2 3 4 5            D/R    G/L</p> <p><u>Colonne/Spine</u></p> <p>119. Cervical(e) 120. Dorsal(e) 121. Lombaire   Lumbar 122. Sacrum 123. Coccyx 124. Articulations S.I.   S.I. Joints</p> <p><u>Tête/Head</u></p> <p>125. Crâne   Skull 126. Sinus(es) 127. Massif facial   Facial Bones 128. Maxillaire inf.   Mandible 129. Articulation TM   TM joints</p>	<p><u>Thorax   Abdomen</u></p> <p>130. Tissus mous cou   Neck for Soft Tissue 131. Poumons   Chest 132. Thorax   Ribs                    D/R    G/L 133. Sternum 134. Série abdominale   Abdominal series 135. Abdomen 1 view</p> <p style="text-align: center;">Exam to be performed Portable:    Yes    No</p> <p style="text-align: center;"><b>EXAMENS AVEC RENDEZ-VOUS</b> <b>EXAMS WITH APPOINTMENT</b></p> <p style="text-align: center;"><u>Examens spéciaux   Special Examinations</u></p> <p>148. Gorgée barytée   Upper GI 149. Oesophagogramme   Esophagogram 150. Bloc facéttaire   Facet block:</p> <p>151. Arthrographie   Arthrography</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Épaule   Shoulder            D/R    G/L <input type="checkbox"/> Hanche   Hip                    D/R    G/L <input type="checkbox"/> Autre   Other:</p> <p>152. Ostéodensitométrie   Bone Mineral Density Measurement</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Référence   /Baseline <input type="checkbox"/> Risque élevé   Suivi 1 an/High risk   1 y f/u <input type="checkbox"/> Risque faible   Suivi 3 ans /Low Risk <input type="checkbox"/> Risque faible   Suivi 5 ans /Low Risk</p> <p>Date du dernier examen / Date of Last Exam : _____</p> <p><b>Autres   Others</b></p>	<p><u>Seins   Breasts</u></p> <p>153. Mammographie de dépistage (OBSP)   Screening mammography (OBSP)    *</p> <p>154. Mammographie   Mammography    *</p> <p>Rendez-vous fixé automatiquement si des images complémentaires ou une biopsie sont nécessaires. <input type="checkbox"/> Cochez si vous <b>N'ÊTES PAS</b> d'accord.</p> <p>An appointment will automatically be scheduled if complimentary images or a biopsy are necessary. <input type="checkbox"/> Please check here if you <b>DO NOT</b> agree.</p> <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>Médecin traitant   Attending physician</b></p> <hr/> <p><b>Nom (imprimé)   Name (printed)</b></p> <hr/> <p><b>Signature</b></p> <hr/> <p><b>Date (aaaa-mm-jj   yyyy-mm-dd)</b></p> </div> <p>Rapport en français    <input type="checkbox"/> Report in English        <input type="checkbox"/></p> <p>* Veuillez-vous référer au verso. * Please refer to back.</p>
--	---	--



**DEMANDE D'IMAGERIE MÉDICALE**  
**MEDICAL IMAGING REQUEST**  
**Imagerie médicale | Medical Imaging**  
**Feuillelet d'information pour le patient**  
**Patient Information Sheet**

Pour prendre un rendez-vous, faites parvenir votre demande par télécopieur au 613-636-6172. Une agente ou un agent de notre centrale de rendez-vous communiquera avec vous pour vous donner la date et l'heure de votre.

To make an appointment, fax your request to 613-636-6172. One of our central scheduling agents will contact you to give you the date and time of your appointment.

**ARRIVEZ 30 MINUTES AVANT VOTRE EXAMEN POUR VOUS INSCRIRE.**

**PLEASE ARRIVE 30 MINUTES BEFORE YOUR EXAM IN ORDER TO REGISTER.**

Date (aaaa-mm-jj | yyyy-mm-dd): \_\_\_\_\_ Heure | Time: \_\_\_\_\_

S'il vous est impossible de vous présenter à votre rendez-vous, avisez-nous au moins 24 heures à l'avance en composant le 613-632-1111 ou le 1-800-790-8870. Utilisez le système de reconnaissance vocale (attendez les instructions). Dites « imagerie médicale » pour joindre la commis.

If you cannot keep your appointment, please notify the hospital at least 24 hours in advance by calling 613-632-1111 or 1-800-790-8870. Use the voice recognition system (wait for the instructions). Say "medical imaging" to reach the clerk.

Pour obtenir un rendez-vous au Centre de dépistage du sein de l'Ontario (OBSP), composez le 613-632-1111 ou le 1-800-790-8870. Utilisez le système de reconnaissance vocale (attendez les instructions). Dites « imagerie médicale » pour joindre la commis.

For an appointment with the Ontario Breast Screening Program (OBSP), call 613-632-1111 or 1-800-790-8870. Use the voice recognition system (wait for the instructions). Say "medical imaging" to reach the clerk.

**PRÉPARATION AUX EXAMENS RADIOLOGIQUES**

**#148 - 149. REPAS BARYTÉ et/ou GRÊLE**

8 HEURES AVANT L'EXAMEN NE BUVEZ, NE MANGEZ ET NE FUMEZ PAS. SI LE RENDEZ-VOUS EST APRÈS 13 HEURES, PRENEZ UN DÉJEUNER LÉGER À 8 HEURES (PAIN GRILLÉ, CONFITURE ET BOISSON). VOUS POUVEZ PRENDRE VOS MÉDICAMENTS HABITUELS.

**#153 - 154. MAMMOGRAPHIE**

- Ne portez pas de désodorisant ou de poudre.

Si vous avez eu une mammographie dans un autre hôpital ou clinique au cours des dernières 5 années, apportez les films ou un CD à votre rendez-vous.

**PREPARATION FOR X-RAY EXAMS**

**#148 - 149. UPPER G.I. AND/OR esophagram**

8 HOURS BEFORE YOUR EXAMINATION, DO NOT EAT, DRINK NOR SMOKE.

IF APPOINTMENT OCCURS AFTER 1:00 p.m. HAVE A BREAKFAST AT 8:00 A.M. (TOAST, JAM AND BEVERAGE). YOU CAN TAKE YOUR REGULAR MEDICATION.

**#153 - 154. MAMMOGRAPHY**

- Do not wear any deodorant or powder.

If you had a mammography done in another hospital or clinic within the last 5 years, please bring your films or a CD on your visit.