



DEMANDE DE TOMODENSITOMÉTRIE
CT SCAN REQUEST
Imagerie médicale | Medical Imaging

Patients externes - Télécopieur | External patients - Fax: 613-636-6172

Patients internes - Télécopieur | Internal patients - Fax: 613-636-6211

Date de la demande | Date of request:

Nom du patient | Patient Name:

Date de naissance | DOB:

Adresse | Address:

No de téléphone | Phone No.

No de carte Santé | Health card no.:

No de la chambre | Room no.:

Date d'exp. | Exp. date:

Page 1/3

☐ Urgence | Emergency

☐ Patient hospitalisé | Inpatient

☐ Patient externe | Outpatient

☐ Ambulant | Walking

☐ Fauteuil roulant | Wheelchair

☐ Civière | Stretcher

Examen demandé | Exam Requested

☐ Tête | Head

☐ Abdo-pelvienne | Abdo-pelvic

☐ Thorax | Chest

☐ Scan lombaire |
Lumbar scan

☐ Coloscopie virtuelle |
Virtual colonoscopy

☐ Autre | Other:

Renseignements cliniques | Clinical Information

Obligatoire | Mandatory

Allergie à l'iode | Allergy to iodine

☐ Oui | Yes

☐ Non | No

Grossesse-allaitement |

Pregnancy-breastfeeding

☐ Oui | Yes

☐ Non | No

Diabétique | Diabetic

☐ Oui | Yes

☐ Non | No

Maladie du rein | Kidney disease

☐ Oui | Yes

☐ Non | No

Maladie cardiovasculaire |
Cardiovascular disease

☐ Oui | Yes

☐ Non | No

Poids du patient | Patient's weight _____

☐ kg

☐ lbs

DFGe | eGFR =

Is there a specific date you require the results of the exam? If so, Indicate below. Voulez-vous les résultats pour une certaine date? Si oui, indiquez-le ci-dessous.

Date du dernier DFGe | Date of last eGFR:

Date requise | Date required:

Médecin traitant | Attending Physician

Nom imprime | Printed Name:

Signature:

Priorité | Priority: (par radiologue | by radiologist)

P1

☐ Contraste par intraveineuse | IV Contrast

Nom du radiologue | Radiologist Name

P2

☐ Contraste par voie orale | Oral Contrast

Nom du TRM selon la directive médicale |

P3

☐ Contraste par voie rectale | Rectal Contrast

MRT name as per medical directive

P4

INFORMATION POUR LE MÉDECIN TRAITANT
INFORMATION FOR REFERRING PHYSICIAN

PRÉPARATION REQUISE	REQUIRED PREPARATION
Tous les patients et toutes les patientes doivent <u>bien s'hydrater</u> 24 heures avant l'examen puis 48 heures suivant l'examen.	All patients must be <u>well hydrated</u> 24 hours before the exam and 48 hours after.
1. Votre patient ou patiente a répondu OUI à l'une des conditions suivantes? i. Le patient présente-t-il des signes, des symptômes ou une suspicion clinique d'IRA, ou des antécédents d'insuffisance rénale chronique? ii. le patient a-t-il subi une greffe de rein iii. le patient a-t-il subi une néphrectomie partielle ou complète iv. le patient est-il suivi ou attend d'être vu par un néphrologue ou un urologue v. est le patient prenant de la metformine. Le patient ou la patiente doit avoir fait tester son DFGe par test sanguin <u>à l'intérieur des six mois précédant</u> son rendez-vous pour l'examen tomodensitométrique.	1. Your patient answers YES to one of the following conditions? i. Does the patient have signs, symptoms or clinical suspicion of AKI, or a history of chronic kidney disease ii. has the patient had a kidney transplant iii. has the patient had a partial or complete nephrectomy iv. is the patient followed by or is waiting to be seen by a Nephrologist or Urologist v. is the patient taking Metformin. Your patient requires an eGFR blood test <u>within 6 months</u> of CT scan appointment.
2. Allergie à l'iode : ordonnance requise Une discussion doit avoir lieu avec le radiologue 3x Prednisone 50 mg – Prendre 1 comprimé 13 heures, 7 heures et 1 heure avant l'examen. 1x Benadryl 50 mg – Prendre un comprimé 1 heure avant l'examen	2. Allergy to Iodine : Prescription Required Must be discussed with Radiologist 3x Prednisone 50 mg – Take one tablet 13 hours, 7 hours and 1 hour before the exam. 1x Benadryl 50 mg – Take one tablet 1 hour before exam
3. Entéro CT a) Non recommandé aux patients qui sont allergiques au lactulose ou à l'hyoscine (<i>Buscopan</i>). b) Tous les patients qui ne sont pas accompagnés doivent rester à l'hôpital 1 heure après l'examen.	3. Entero CT a) Not recommended for patients allergic to lactulose or hyoscine (<i>Buscopan</i>). b) Unaccompanied patients must remain at the hospital for 1 hour following the exam.



DEMANDE DE TOMODENSITOMÉTRIE CT SCAN REQUEST

Imagerie médicale | Medical Imaging

Patients externes - Télécopieur | External patients - Fax: 613-636-6172

Patients internes - Télécopieur | Internal patients - Fax: 613-636-6211

Date de la demande | Date of request:

Page 3/3

4. Coloscopie virtuelle

Au moment de fixer le rendez-vous, la commis demandera au patient de passer au Département d'imagerie médicale au moins deux jours avant son examen pour venir chercher :

- a) les instructions sur le régime alimentaire et la prise de laxatifs,
- b) les produits de contraste.

4. Virtual Colonoscopy (CTC)

Upon scheduling the appointment, the clerk will inform the patient to come to the Medical Imaging Department at least 2 days prior to exam to pick up:

- a) Instructions regarding diet and laxatives
- b) Contrast kit