

DEMANDE D'ÉCHOGRAPHIE
ULTRASOUND REQUEST
IMAGERIE MÉDICALE | MEDICAL IMAGING

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

Autocollant patient | Patient Label

Numéro de chambre | Room number:

Page 1/2

Télécopieur Fax : 613-636-6211	<input type="checkbox"/> Urgence Emergency « Main »	<input type="checkbox"/> Urgence Emergency « EDAS »	<input type="checkbox"/> Patient hospitalisé Inpatient
----------------------------------	--	--	--

Télécopieur Fax : 613-636-6172	<input type="checkbox"/> Patient externe Outpatient patient
----------------------------------	---

PRIORISATION – URGENCE SEULEMENT | PRIORITIZATION – EMERGENCY ONLY

<input type="checkbox"/> 24 h	<input type="checkbox"/> 48 h	<input type="checkbox"/> Patient externe Outpatient	<input type="checkbox"/> Date précise Specific Date : _____ (aaaa-mm-jj yyyy-mm-dd)
-------------------------------	-------------------------------	---	---

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

<input type="checkbox"/> Ambulant Walking	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant Wheelchair	<input type="checkbox"/> Civière Stretcher	<input type="checkbox"/> Patient en isolation Patient Isolation Raison Reason:
---	--	--	---

Renseignements cliniques | Clinical Information

EXAMENS AVEC RENDEZ-VOUS EXAMS WITH APPOINTMENT <u>Échographie Ultrasound</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Écho abdominale Abdominal US * <input type="checkbox"/> KUB <input type="checkbox"/> Écho pelvienne Pelvic U.S. * <input type="checkbox"/> Écho prostate Prostate U.S. Résultats APS PSA results Obligatoire Mandatory <input type="checkbox"/> Écho obstétricale Obstetrical US * <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dating <input type="checkbox"/> Premier trimestre clarté nucale First Trimester Nuchal Translucency (INTS) <input type="checkbox"/> Morphologie Anatomy <input type="checkbox"/> 3e trimestre 3rd trimester <input type="checkbox"/> Écho scrotale Scrotal U.S. <input type="checkbox"/> Écho sein Breast U.S. D/R G/L <input type="checkbox"/> Écho thyroïde Thyroid U.S. <input type="checkbox"/> Surface (<i>description</i>) _____ <input type="checkbox"/> MSK <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Shoulder</td> <td style="width: 50%;">D/R G/L</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bicep</td> <td>D/R G/L</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Achilles</td> <td>D/R G/L</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Doppler veineux venous <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Bras Arm</td> <td style="width: 50%;">D/R G/L</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Jambe Leg</td> <td>D/R G/L</td> </tr> </table> <p>Dimer results Obligatoire Mandatory</p> <p><input type="checkbox"/> Doppler carotides Carotids</p>	<input type="checkbox"/> Shoulder	D/R G/L	<input type="checkbox"/> Bicep	D/R G/L	<input type="checkbox"/> Achilles	D/R G/L	<input type="checkbox"/> Bras Arm	D/R G/L	<input type="checkbox"/> Jambe Leg	D/R G/L	EXAMENS AVEC RENDEZ-VOUS EXAMS WITH APPOINTMENT <u>Biopsie Biopsy</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Biopsie du sein sous échographie Breast Biopsy U.S. Guided Date de la dernière mammographie/imagerie du sein Date of last mammogram/breast imaging (aaaa-mm-jj yyyy-mm-dd) _____ Lieu de la dernière imagerie du sein Location of last breast imaging _____ <input type="checkbox"/> Biopsie de la thyroïde sous échographie Thyroid Biopsy U.S. Guided Date de la dernière imagerie de la thyroïde Date of last thyroid imaging (aaaa-mm-jj yyyy-mm-dd) _____ Lieu de la dernière imagerie de la thyroïde Location of last thyroid imaging _____ <input type="checkbox"/> Biopsie - prostate Biopsy - prostate _____ 	<p>Médecin traitant Attending physician</p> <p>Nom (imprimé) Name (printed)</p> <p>Signature</p> <p>Date (aaaa-mm-jj yyyy-mm-dd)</p> <p>Note : Nous retournerons toute demande sur laquelle le nom du médecin traitant n'aura pas été écrit clairement. Note: We will return all requests on which the physician's name will not have been clearly written.</p> <p>Report is offered in English.</p> <p>*Veuillez-vous référer au verso. *Please refer to back.</p>
<input type="checkbox"/> Shoulder	D/R G/L											
<input type="checkbox"/> Bicep	D/R G/L											
<input type="checkbox"/> Achilles	D/R G/L											
<input type="checkbox"/> Bras Arm	D/R G/L											
<input type="checkbox"/> Jambe Leg	D/R G/L											



**DEMANDE D'ÉCHOGRAPHIE
ULTRASOUND REQUEST
IMAGERIE MÉDICALE | MEDICAL IMAGING**

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

Autocollant patient | Patient Label

Numéro de chambre | Room number: _____

Page 2/2

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

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.

PRÉPARATION AUX EXAMENS RADIOLOGIQUES

ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE

NE BUVEZ PAS ET NE MANGEZ PAS AU MOINS 8 HEURES AVANT VOTRE EXAMEN. N.B. Si écho pelvien est prescrit en même temps, vous devez boire 3 GRANDS VERRES (700 ml) d'eau 1 h 30 avant l'heure de votre rendez-vous. SI VOTRE RENDEZ-VOUS EST APRÈS 13 heures, PRENEZ UN DÉJEUNER LÉGER À 8 heures (PAIN GRILLÉ, CONFITURE ET BOISSON). VOUS POUVEZ PRENDRE VOS MÉDICAMENTS HABITUELS.

ÉCHOGRAPHIE PELVIENNE

BUVEZ 3 GRANDS VERRES (700 ml) DE LIQUIDE (EAU, JUS, TISANE, ETC.). NE BUVEZ PLUS 1 h 30 AVANT L'HEURE DE VOTRE RENDEZ-VOUS. N'URINEZ PAS AVANT L'EXAMEN, CAR VOTRE VESSIE DOIT ÊTRE PLEINE. VOUS POUVEZ MANGER ET PRENDRE VOS MÉDICAMENTS HABITUELS.

ÉCHOGRAPHIE OBSTÉTRICALE

BUVEZ 3 GRANDS VERRES (700 ml) DE LIQUIDE (EAU, JUS, TISANE, ETC.) NE BUVEZ PLUS 1 h 30 AVANT L'HEURE DE VOTRE RENDEZ-VOUS. N'URINEZ PAS AVANT L'EXAMEN, CAR VOTRE VESSIE DOIT ÊTRE PLEINE. VOUS POUVEZ MANGER ET PRENDRE VOS MÉDICAMENTS HABITUELS.

PREPARATIONS FOR X-RAY EXAMINATIONS

ABDOMINAL ULTRASOUND

DO NOT DRINK NOR EAT AT LEAST 8 HOURS BEFORE YOUR EXAMINATION. N.B. When you have a pelvic ultrasound prescribed at the same time, drink 3 LARGE GLASSES (700 ml) of water 1½ hour before your appointment. IF YOUR APPOINTMENT IS AFTER 1:00 P.M., YOU MAY HAVE A LIGHT BREAKFAST AT 8:00 A.M. (TOAST, JAM AND BEVERAGE). YOU CAN TAKE YOUR REGULAR MEDICATION.

PELVIC ULTRASOUND

DRINK 3 LARGE GLASSES (700 ml) OF LIQUID (WATER, JUICE, HERBAL TEA). FINISH DRINKING 1½ HOUR BEFORE YOUR APPOINTMENT. KEEP BLADDER FULL UNTIL THE EXAMINATION IS OVER. YOU MAY EAT. YOU CAN TAKE YOUR REGULAR MEDICATION.

OBSTETRICAL ULTRASOUND

DRINK 3 LARGE GLASSES (700 ml) OF LIQUID (WATER, JUICE, HERBAL TEA). FINISH DRINKING 1½ HOUR BEFORE YOUR APPOINTMENT. KEEP BLADDER FULL UNTIL THE EXAMINATION IS OVER. YOU MAY EAT. YOU CAN TAKE YOUR REGULAR MEDICATION.