

DEMANDE D'ÉCHOGRAPHIE ULTRASOUND REQUEST IMAGERIE MÉDICALE | MEDICAL IMAGING

Autocollant patient | Patient Label

Date de la demande | Date of request: _____

aaaa-mm-jj | yyyy-mm-dd

Numéro de chambre | Room number: _____

Page 1/2

Télécopieur | Fax : 613-636-6211 ☐ Urgence | Emergency « Main » ☐ Urgence | Emergency « EDAS » ☐ Patient hospitalisé | Inpatient

Télécopieur | Fax : 613-636-6172 ☐ Patient externe | Outpatient patient

PRIORISATION – URGENCE SEULEMENT | PRIORITIZATION – EMERGENCY ONLY

☐ 24 h ☐ 48 h ☐ Patient externe | Outpatient ☐ 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.

☐ Ambulant | Walking ☐ Fauteuil roulant | Wheelchair ☐ Civière | Stretcher ☐ Patient en isolation | Patient Isolation
Raison | Reason: _____

Renseignements cliniques | Clinical Information

EXAMENS AVEC RENDEZ-VOUS

EXAMS WITH APPOINTMENT

Échographie | Ultrasound

- ☐ Écho abdominale | Abdominal US *
- ☐ KUB
- ☐ Écho pelvienne | Pelvic U.S. *
- ☐ Écho prostate | Prostate U.S.
Résultats APS | PSA results Obligatoire | Mandatory
- ☐ Écho obstétricale | Obstetrical US *
- ☐ Dating
- ☐ Premier trimestre clarté nucale | First Trimester Nuchal Translucency (IPS)
- ☐ Morphologie | Anatomy
- ☐ 3e trimestre | 3rd trimester
- ☐ Écho scrotale | Scrotal U.S.
- ☐ Écho sein | Breast U.S. D/R G/L
- ☐ Écho thyroïde | Thyroid U.S.
- ☐ Surface (description) _____
- ☐ MSK
- ☐ Shoulder D/R G/L
- ☐ Bicep D/R G/L
- ☐ Achilles D/R G/L
- ☐ Doppler veineux | venous
- ☐ Bras | Arm D/R G/L
- ☐ Jambe | Leg D/R G/L
- D Dimer results Obligatoire | Mandatory
- ☐ Doppler carotides | Carotids

EXAMENS AVEC RENDEZ-VOUS

EXAMS WITH APPOINTMENT

Biopsie | Biopsy

- ☐ 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 _____
- ☐ 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 _____
- ☐ Biopsie - prostate | Biopsy - prostate

Médecin traitant | Attending physician

Nom (imprimé) | Name (printed)

Signature

Date (aaaa-mm-jj | yyyy-mm-dd)

Nota : 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.

Report is offered in English.

*Veuillez-vous référer au verso.
*Please refer to back.



DEMANDE D'ÉCHOGRAPHIE
ULTRASOUND REQUEST
IMAGERIE MÉDICALE | MEDICAL IMAGING

Autocollant patient | Patient Label

Date de la demande | Date of request: _____

aaaa-mm-jj | yyyy-mm-dd

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 agent 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.