

DEMANDE D'IMAGERIE MÉDICALE MEDICAL IMAGING REQUEST

Imagerie médicale | Medical Imaging

Remarque : Demande distincte pour la tomodensitométrie (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.: _____

Page 1/2

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

EXAMENS SANS RENDEZ-VOUS EXAMS WITHOUT APPOINTMENT

Membres supérieurs | Upper Limbs

- | | | |
|---|-----|-----|
| ☐ Art. A.C. A.C. Jts | D/R | G/L |
| ☐ Clavicule Clavicle | D/R | G/L |
| ☐ Épaule Shoulder | D/R | G/L |
| ☐ Humérus Humerus | D/R | G/L |
| ☐ Coude Elbow | D/R | G/L |
| ☐ Avant-bras Forearm | D/R | G/L |
| ☐ Poignet Wrist | D/R | G/L |
| ☐ Main Hand | D/R | G/L |
| ☐ Doigt Finger 1 2 3 4 5 | D/R | G/L |
| ☐ Scapula | D/R | G/L |

Membres inférieurs | Lower Limbs

- | | | |
|---|-----|-----|
| ☐ Bassin Pelvis | D/R | G/L |
| ☐ Hanche Hip | D/R | G/L |
| ☐ Fémur Femur | D/R | G/L |
| ☐ Genou Knee | D/R | G/L |
| ☐ Tibia-péroné Tib Fib | D/R | G/L |
| ☐ Cheville Ankle | D/R | G/L |
| ☐ Pied Foot | D/R | G/L |
| ☐ Orteil Toe 1 2 3 4 5 | D/R | G/L |

Colonne/Spine

- ☐ Cervical(e)
☐ Dorsal(e)
☐ Lominaire | Lumbar
☐ Sacrum
☐ Coccyx
☐ Articulations S.I. | S.I. Joints

Tête/Head

- ☐ Crâne | Skull
☐ Sinus(es)
☐ Massif facial | Facial Bones
☐ Maxillaire inf. | Mandible
☐ Articulation TM | TM joints

Thorax | Abdomen

- ☐ Tissus mous cou | Neck for Soft Tissue
☐ Poumons | Chest
☐ Thorax | Ribs D/R G/L
☐ Sternum
☐ Série abdominale | Abdominal series
☐ Abdomen 1 view

Exam to be performed Portable: ☐ Yes ☐ No

EXAMENS AVEC RENDEZ-VOUS EXAMS WITH APPOINTMENT

Fluoroscopie | Fluoroscopy

- ☐ Gorgée barytée | Upper GI
☐ Oesophagogramme | Esophagogram
☐ Bloc facéttaire | Facet block:

- ☐ Arthrographie | Arthrography
☐ Épaule | Shoulder D/R G/L
☐ Hanche | Hip D/R G/L
☐ Autre | Other:

AUTRES | OTHERS

Seins | Breasts

- ☐ Mammographie de dépistage (OBSP) | Screening mammography (OBSP) *

- ☐ Mammographie | Mammography *

Rendez-vous fixé automatiquement si des images complémentaires ou une biopsie sont nécessaires.
☐ Cochez si vous N'ÊTES PAS d'accord.

An appointment will automatically be scheduled if complimentary images or a biopsy are necessary.
☐ Please check here if you **DO NOT** agree.

Médecin traitant | Attending physician

Nom (imprimé) | Name (printed)

Signature

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

Report is offered in English only.

* Veuillez-vous référer au verso.

* Please refer to back.

DEMANDE D'IMAGERIE MÉDICALE
MEDICAL IMAGING REQUEST
Imagerie médicale | Medical Imaging
Feuillet 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 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.

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

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.

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

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.

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.