



**DEMANDE DE TOMODENSITOMÉTRIE
CT SCAN REQUEST**

Imagerie médicale | Medical Imaging

Télécopieur | Fax: 613-636-6211

Télécopieur | Fax: 613-636-6172

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.:	

Page 1/2

<input type="checkbox"/> Urgence/Emergency	<input type="checkbox"/> Patient hospitalisé Inpatient	<input type="checkbox"/> Patient externe Outpatient
<input type="checkbox"/> Ambulant Walking	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant Wheelchair	<input type="checkbox"/> Civière Stretcher

Examen demandé | Exam Requested

<input type="checkbox"/> Tête Head	<input type="checkbox"/> Abdo-pervienne Abdo-pelvic	<input type="checkbox"/> Thorax Chest
<input type="checkbox"/> Scan lombaire Lumbar scan	<input type="checkbox"/> Coloscopie virtuelle Virtual colonoscopy	<input type="checkbox"/> Autre Other:

Obligatoire | Mandatory

Renseignements cliniques | Clinical Information

Allergie à l'iode Allergy to iodine Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No <input type="checkbox"/>	
Grossesse-allaitement Pregnancy-breastfeeding Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No <input type="checkbox"/>	
Diabétique Diabetic Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No <input type="checkbox"/>	
Maladie du rein Kidney disease Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No <input type="checkbox"/>	
Maladie cardiovasculaire Cardiovascular disease Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No <input type="checkbox"/>	
Poids du patient Patient's Weight : <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lbs	
DFGe eGFR = <input type="text"/>	

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 imprimé Printed Name:	
Signature:	

Priorité | Priority: (par radiologue | by radiologist)

P1	Contraste par intraveineuse IV Contrast	Oui Yes <input type="checkbox"/>	Non No <input type="checkbox"/>
P2	Contraste par voie orale Oral Contrast	Oui Yes <input type="checkbox"/>	Non No <input type="checkbox"/>
P3	Contraste par voie rectale Rectal Contrast	Oui Yes <input type="checkbox"/>	Non No <input type="checkbox"/>
P4	Nom du radiologue Radiologist Name Nom du TRM selon la directive médicale MRT name as per medical directive		

**INFORMATION POUR LE MÉDECIN TRAITANT
INFORMATION FOR REFERRING PHYSICIAN**

PRÉPARATION REQUISE	REQUIRED PREPARATION
<p>Tous les patients et toutes les patientes doivent <u>bien s'hydrater</u> 24 heures avant l'examen puis 48 heures suivant l'examen.</p>	<p>All patients must be <u>well hydrated</u> 24 hours before the exam and 48 hours after.</p>
<p>1. Votre patient ou patiente a répondu OUI à l'une des conditions suivantes? a) a plus de 65 ans OU b) souffre du diabète sucré OU c) souffre d'une maladie cardiovasculaire OU d) souffre d'une maladie du rein</p> <p>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.</p>	<p>1. Your patient answers YES to one of the following conditions? a) Is over 65 years OR b) Has diabetes mellitus OR c) Has a history of cardiovascular disease OR d) Has a history of renal disease</p> <p>Your patient requires an eGFR blood test <u>within 6 months</u> of CT scan appointment.</p>
<p>2. Allergie à l'iode : ordonnance requise Une discussion doit avoir lieu avec le radiologue Prednisone 50 mg n° 3 – Le patient prend 1 comprimé 13 heures, 7 heures et 1 heure avant l'examen.</p>	<p>2. Allergy to Iodine : Prescription Required Must be discussed with Radiologist Prednisone 50 mg no. 3 – Patient takes one tablet 13 hours, 7 hours and 1 hour before the exam.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>4. Coloscopie virtuelle Au moment de fixer le rendez-vous, la commis demandera au patient de passer au Département d'imagerie médicale <u>au moins deux jours avant son examen</u> pour venir chercher : a) les instructions sur le régime alimentaire et la prise de laxatifs, b) les produits de contraste.</p>	<p>4. Virtual Colonoscopy (CTC) Upon scheduling the appointment, the clerk will inform the patient to come to the Medical Imaging Department <u>at least 2 days prior to exam</u> to pick up: a) Instructions regarding diet and laxatives b) Contrast kit</p>