



Hôpital général juif
Jewish General Hospital

REQUETE DE RADIOLOGIE RADIOLOGY REQUISITION

Date de demande / Date of request

Y

M

D

EXAMEN / EXAM

☐ PRIMAIRE / PRIMARY (INITIAL)

A ☐ ≤ 3 JRS / DAYS

B ☐ ≤ 10 JRS / DAYS

C ☐ ≤ 28 JRS / DAYS

D ☐ ≤ 3 MONTH

E ☐ EXAMEN DE SUIVI / FOLLOW UP EXAM
(CONTROLE / Control)

Date ciblée / Target date: _____

☐ OPAT PT

Courriel patient / Patient Email: _____

NOM DE FAMILLE A LA NAISSANCE / FAMILYNAME AT BIRTH

PRENOM / FIRST NAME

DATE DE NAISSANCE / DATE OF BIRTH

NOM DE MARIAGE / MARRIED NAME

ADRESSE / ADDRESS

TELEPHONE

RAMQ #

V14

RÉSULTATS LABORATOIRES / LAB RESULTS

PLATELETS: _____

PT/PTT/INR: _____

CREATININE: _____

GFR: _____

ENCEINTE /

PREGNANT

Y

N

ALLERGIE À L'IODE /

IODINE ALLERGY

Y

N

AUTRES / OTHER: _____

LIGNE CENTRALE / CENTRAL LINE

☐ PICC

☐ PORTA CATH

☐ BROVIAC

de LUMENS

1

2

OUI / Yes

Non / No

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

Thrombose veineuse du membre supérieur
/ Upper limb venous thrombosis

Fracture de la clavicule / Clavicle fracture

Pacemaker ☐ G / LT ☐ D / RT

capable de coopérer / able to cooperate

tolère la position couchée / tolerates supine

position
nécessite l'oxygène / requires oxygen therapy

RENSEIGNEMENT PERTINENT / PERTINENT HISTORY

EXAMEN REQUIS / EXAM REQUESTED

Un examen par requête / select one exam per requisition

☐ Radiologie générale / Xray

☐ RM résonance magnétique / MRI

☐ TDM / CT scan

☐ Echographie / Ultrasound

☐ Rad Interventionnelle / Interventional Rad

☐ Imagerie du sein / Breast Center

COTE / SIDE:

☐

DROITE / RT

☐

GAUCHE / LT

☐ BILAT

☐

suivi ANTIBIOTIQUE / Antibiotic F/U (OPAT

date ciblée / target appt. date (+/- 2days):

☐

REQUIS POUR CHIRURGIE /

REQUIRED FOR SURGERY

RESERVE A LA RADIOLOGIE / FOR RADIOLOGY USE

CODE BARRE RADIOLOGIE / BAR CODE RADIOLOGY

RESERVE A LA RADIOLOGIE / FOR RADIOLOGY USE

NOM, PRÉNOM DU RÉSIDENT / NAME OF RESIDENT

LETTRE MOULÉES / PRINT

SIGNATURE

No PERMIS / LICENCE No

NOM, PRÉNOM DU MÉDECIN TRAITANT OU RÉFÉRENT / NAME OF REFERRING PHYSICIAN.

LETTRE MOULÉES / PRINT

SIGNATURE

No PERMIS / LICENCE No

COURRIEL / EMAIL:

ADRESSE PROFESSIONNELLE / MAILING ADDRESS

No

RUE

VILLE

CODE POSTALE