Hôpital général juif
Jewish General Hospital

REQUETE DE RADIOLOGIE-Centre du Sein
RADIOLOGY REQUISITION - Breast Center

Nom de famille/Family name | No de dossier/Record No
Prénom/First name
Date de naissance/Date of birth | Téléphone/Telephone
No R.A.M.Q./Medicare No
Adresse/Address

DATE OF REQUEST:
Y M D

EXAMEN / EXAM

- ☐ PRIMAIRE / PRIMARY (INITIAL)
- ☐ CONTROLE / FOLLOW UP
- Target date: _____
- ☐ RESEARCH / RECHERCHE

- ☐ URGENT
- A ☐ ≤ 3 JRS / DAYS
- B ☐ ≤ 10 JRS / DAYS
- C ☐ ≤ 28 JRS / DAYS
- D ☐ ≤ 3 MONTH
- E ☐ ≤ 12 MONTH

Imagerie du sein / Breast Center

PREV BX OUI / YES NON / NO

☐ ROF ☐ CRID

ALLERGIE / ALLERGY

ALLERGIE À l'IODE / IODINE ALLERGY OUI / YES NON / NO

ENCEINTE / PREGNANT OUI / YES NON / NO

Initiales du patient / Patient's initials

- ☐ pt informé de la procedure / risque expliquee pt informed of procedure / risks explained
- ☐ questions repondu / questions answered
- ☐ patient avise sur l'insertion du marqueur / patient advised of marker placement
- ☐ feuille d'instruction donné au patient / instruction sheet given to patient

RENSEIGNEMENT PERTINENT / PERTINENT HISTORY

ANTICOAGULANTS / BLOOD THINNERS: OUI / YES NON / NO

MEDICATIONS:

INR:

MEDICAMENTS / MEDICATION

*
*
*
*
*
*
*
*

Signatures:

RN / INF _____

TECH _____

RADIOLOGUE
RADIOLOGIST _____

EXAMEN REQUIS / EXAM REQUESTED

- ☐ Mammograohie / Mammography
- ☐ Echographie sein / Breast Ultrasound
  - ☐ BX Stereo
  - ☐ BX Echo/US
  - ☐ BX IRM / MRI

COTE / SIDE: ☐ DROITE / RT ☐ GAUCHE / LT ☐ BILAT

Creatinine: _____ date: _____

☐ P1 ☐ P2 ☐ P3 ☐ RSL ☐ breast ☐ axilla

BI-RADS SCORE:

RESERVE A LA RADIOLOGIE / FOR RADIOLOGY USE

RESERVE A LA RADIOLOGIE / FOR RADIOLOGY USE

CODE BARRE RADIOLOGIE / BAR CODE RADIOLOGY

NOM, PRÉNOM DU MÉDECIN TRAITANT OU RÉFERENT / NAME OF REFFERING PHYSICIAN.

LETTRE MOULÉES / PRINT

SIGNATURE

ADDRESSE PROFESSIONELLE / MAILING ADDRESS

No téléphone / TELEPHONE

No télécopieur / FAX

COURRIEL / EMAIL:

NOM, PRENON DU RESIDENT / NAME OF RESIDENT

No PERMIS / LICENCE No

signature