



**DEMANDE D'EXAMEN TOMODENSITOMÉTRIE
 CT SCAN REQUISITION**

SVP écrire lisiblement. / Please write clearly.

Médecin requérant (lettres moulées)
Referring physician (please print)

Nom / Name

N° de pratique / Licence No

Signature du MD requérant/*Referring physician's signature*

Coordonnées du médecin requérant
Referring physician

Adresse / Address

Tél. /Tel. () Téléc. / Fax ()

IDENTIFICATION DU PATIENT/PATIENT INFORMATION

Nom / Name

Prénom / Surname

Date de naissance (A / Y M / M J / D)
D.O.B. / / /

Adresse / Address

Téléphone / Telephone

Poids / Weight kg Taille / Height cm

TOMOGRAPHIE AXIALE / CT SCAN

Note : Le taux de créatinine doit être normal pour tout examen fait avec injection de produit de contraste.
Creatinin level has to be normal for contrast enhanced examination.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> CERVEAU / BRAIN | <input type="checkbox"/> PELVIEN / PELVIS |
| <input type="checkbox"/> MASSIF FACIAL / FACIAL BONES | <input type="checkbox"/> MBR SUPÉRIEUR / UPPER EXTREMITY |
| <input type="checkbox"/> SINUS / SINUSES | <input type="checkbox"/> MBR INFÉRIEUR / LOWER EXTREMITY |
| <input type="checkbox"/> RACHIS CERVICAL / CERVICAL SPINE | <input type="checkbox"/> COLOSCOPIE VIRTUELLE / VIRTUAL COLONOSCOPY * |
| <input type="checkbox"/> RACHIS DORSAL / THORACIC SPINE | <input type="checkbox"/> COU / NECK |
| <input type="checkbox"/> RACHIS LOMBO-SACRÉ / LUMBO SACRAL SPINE | <input type="checkbox"/> ORBITES / ORBITS |
| <input type="checkbox"/> SACRUM | <input type="checkbox"/> ANGIOSCAN |
| <input type="checkbox"/> THORAX / CHEST | <input type="checkbox"/> DENTASCAN |
| <input type="checkbox"/> ABDOMEN | <input type="checkbox"/> AUTRES / OTHER _____ |

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT / PATIENT INFORMATION

- ALLERGIES CONNUES / KNOWN ALLERGIES _____
- ENCEINTE ? / PREGNANT ? OUI / YES NON / NO
- CHIRURGIE RÉCENTE / RECENT SURGERY _____

IMPORTANT RENSEIGNEMENTS CLINIQUES /CLINICAL INFORMATION

* La préparation pour l'examen sera communiquée au patient lors de la prise de rendez-vous.
 * The preparation instructions for this exam will be made available to the patient at the the time the appointment is made.

- RAPPORT FINAL EN FRANÇAIS
- FINAL REPORT IN ENGLISH