



The Ottawa Hospital | L'Hôpital d'Ottawa



## REQUISITION FOR OBS/GYN ULTRASOUND DEMANDE D'ÉCHOGRAPHIE - OBS/GYN

**CIVIC CAMPUS**  
1053 Carling Ave  
Ottawa, Ontario  
K1Y 4E9  
4<sup>th</sup> floor-4<sup>e</sup> étage

**GENERAL CAMPUS**  
501 Smyth Rd  
Ottawa, Ontario  
K1H 8L6  
8<sup>th</sup> floor-8<sup>e</sup> étage

**RIVERSIDE CAMPUS**  
1967 Riverside Dr  
Ottawa, Ontario  
K1H 7W9  
7<sup>th</sup> floor-7<sup>e</sup> étage

TELEPHONE-TÉLÉPHONE 613 761 4227 FAX-TÉLÉCOPIEUR 613-739-6847

Health rec. no.-N° arch. méd.

Madien name-Nom de famille de la mère

First name-Prénom

d.o.b.-d.d.n.

sex-sexe

Street no.-N° de rue street name-nom rue

apt.

City-Ville

prov.

postal code-code postal

Tel no.-N° de tél. (home-domicile)

(work-bureau)

Insurance provider-Assureur

version

expiry-expiration

WSIB-CSPA-AT

lang.

Other insurance-Autre assurance

Employer-Employeur

High risk clinic patient-Patient de la clinique à risque élevé

Yes-Oui  No-Non

Oxygen required-Oxygène requis

Yes-Oui  No-Non

For In-patients (mode of transportation)-Pour les patients hospitalisés (mode de transport)

W/chair-Fauteuil roulant  Stretcher-Civière  Bed-Lit  Ambulatory-Ambulatoire  Portable

Mother's last name-Nom de la mère

Father's first name-Prénom du père

Examination(s) requested-Examen(s) demandé(s) :

Relevant history-Antécédents pertinents :

LMP (date)

EDC (date)

MEDS:

G  T  P  A  L

IPS Participation-Participation à :  yes-oui  no-non

Relevant lab results-Résultats de laboratoire pertinents :

Qualitative-Qualitative BHCG + or-ou -

Quantitative-Quantitative BHCG values-valeurs \_\_\_\_\_

Other-Autre :

Has the patient consented to The Ottawa Hospital leaving patient health information on their answering machine?  yes-oui  no-non  
Le patient a-t-il consenti à ce que L'Hôpital d'Ottawa laisse des renseignements au sujet de sa santé dans sa boîte vocale?

Printed physician's name-Nom du médecin en lettres moulées Signature

Date (yyaa/mm/dj)

Office Telephone no.-N° de téléphone (bureau)

Fax no.-N° de télécopieur

Pager no.-N° de téléavertisseur

Copy of report to-Copie du rapport à

Address-Adresse

Fax no.-N° de télécopieur

**Please arrive  
Veuillez arriver**

**15 minutes**

**before your appointment.  
avant votre rendez-vous.**

**Without hospital card please arrive  
Sans la carte de l'Hôpital veuillez arriver**

**30 minutes**

**early at the Registration office.  
plus tôt au bureau d'enregistrement.**

**Patient preparation-Comment vous préparer à l'examen :**

- Do not empty your bladder for one hour prior to the examination  
Ne pas uriner durant l'heure qui précède l'examen
  
- Drink 750 mL of clear fluids one hour prior to the examination (no milk)  
Boire 750 mL de liquide clair une heure avant l'examen (ne pas boire de lait)

**Note**

- One adult is allowed in the room during examination  
Seulement un adulte peut accompagner la patiente dans la salle lors de l'examen
  
- No video taping-Aucun enregistrement vidéo