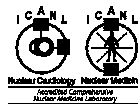




The Ottawa
Hospital | L'Hôpital
d'Ottawa

NUCLEAR MEDICINE REQUISITION DEMANDE EN MEDECINE NUCLEAIRE



- ☐ **Civic Campus Civic**
1053 ave. Carling ave.
Ottawa, ON K1Y 4E9
- ☐ **General Campus Général**
501 chemin Smyth road
Ottawa, ON K1H 8L6
- ☐ **Riverside Campus Riverside**
BMD ONLY-DMO SEULEMNT
1967 prom. Riverside drive
Ottawa, ON K1H 7W9

Central Booking-Bureau des rendez-vous 613-761-4831 option 8

Central Fax-Télécopieur 613-737-8752

Surname-Nom		First name-Prénom		DOB-DDN	dj	mm	ya	SEX	☐ M	☐ F												
Address-Adresse		City-Ville		Prov		Postal Code Postal																
Provincial Ins. no./Other Ins. no.-N° d'ass. provinciale /Autre m° d'ass.				Version/Exp.		Telephone (home-domicile)		(office-bureau)														
WSIB no.-N° de CSPA-AT		Employer-Employeur																				
EXAM REQUESTED-EXAMEN DEMANDÉ																						
PERTINENT CLINICAL INFORMATION (for thyroid studies please attach relevant lab and ultrasound results if available): INFORMATION CLINIQUE PERTINENTE (pour les études sur la thyroïde veuillez joindre les résultats de laboratoire et d'échographie, si disponible): <table><tr><td colspan="2">Possible pregnancy-Grossesse possible?</td><td colspan="2">Breast feeding-Allaitement?</td><td colspan="2">Special assistance required-Aide spécial requise?</td></tr><tr><td>☐ yes-oui</td><td>☐ no-non</td><td>☐ yes-oui</td><td>☐ no-non</td><td>☐ yes-oui</td><td>☐ no-non</td></tr></table>											Possible pregnancy-Grossesse possible?		Breast feeding-Allaitement?		Special assistance required-Aide spécial requise?		☐ yes-oui	☐ no-non	☐ yes-oui	☐ no-non	☐ yes-oui	☐ no-non
Possible pregnancy-Grossesse possible?		Breast feeding-Allaitement?		Special assistance required-Aide spécial requise?																		
☐ yes-oui	☐ no-non	☐ yes-oui	☐ no-non	☐ yes-oui	☐ no-non																	
Current medications-Médicaments actuels																						
Physician-Médecin (Printed-EN lettres moulées)				Signature				Billing no.-No de facturation														
Address-Adresse				Telephone																		
Send copu pf report to-Envoyez copie du rapport à (Printed-En lettres moulées)																						
Physician-Médecin				Address-Adresse				Code postal code														
FOR OFFICE USE ONLY-À L'USAGE DU DÉPARTEMENT SEULEMENT Procedure code(s) de l'intervention				MRN-NO DE DOSSIER		REG#																
				_____		_____																
				Appointment(s)-Rendez-vous																		
				Date	_____	Time-Heure	_____															
				Date	_____	Time-Heure	_____															
				Date	_____	Time-Heure	_____															