

CT Consultation Requisition Form

Appt Date: _____

Time: _____ a.m./p.m.

Ramsey Lake Health Centre/ Centre de santé du lac Ramsey
DIAGNOSTIC IMAGING/VISUALISATION DIAGNOSTIQUE
41 Ramsey Lake Rd., Sudbury ON P3E 5J1
www.hsnsudbury.ca

**Fax Requisition, Relevant Reports and Creatinine Results to
Medical Imaging Bookings Fax 705-523-7286**

Patient Information

Patient Name: _____
(First name Last name)
DOB: _____ SH# _____
Patient phone # _____
Patient has consented to a message being left at contact #? Y ☐ N ☐
Address: _____
Health Card No.: _____
WSIB Claim? Y ☐ N ☐ Claim # _____

Examination Requested

Chest ☐ Abdomen ☐ Pelvis ☐
Neck ☐ Renal Colic ☐ Extremities ☐
C - spine ☐ T - Spine ☐ L - Spine ☐
Head ☐ CT Biopsy ☐
CT Angio ☐ Specify: _____
Other: _____
Allergies (IV Contrast Media) Y ☐ N ☐
Weight _____ lbs Chance of pregnancy? Y ☐ N ☐

Clinical Information / Working Diagnosis

Risk factors for Contrast Induced Nephropathy?

Y ☐ N ☐ Renal insufficiency Y ☐ N ☐ Solitary Kidney
Y ☐ N ☐ Dehydration Y ☐ N ☐ Vascular Disease
Y ☐ N ☐ Multiple myeloma Y ☐ N ☐ Other risk factors?

Y ☐ N ☐ Diabetes

****Please note that if you have checked "yes" to any of the conditions
above, a creatinine level must be done within 30 days prior to the pa-
tient's appointment.**

Creatinine _____ Range _____ Date of Blood Test _____

****FAILURE TO FAX RECENT RELEVANT CREATININE
RESULTS TO 705-523-7286 MAY RESULT IN A DELAY
OR THE APPOINTMENT TO BE RESCHEDULED****

**FAILURE TO COMPLETE THIS REQUISITION IN FULL WILL
RESULT IN A DELAY OF BOOKING**

****All patients should be well hydrated****

For more information on how to prevent Contrast Induced Nephropathy please
refer to the following website: www.car.ca/Files/Nephropathy.pdf.

DEPARTMENT USE ONLY

Radiologist: _____

Clinical Indication:

☐ Cancer staging/DX ☐ Other: _____

Priority Rating:

☐ 1. Emergency (Immediate) ☐ Approved
☐ 2. Urgent (within 48 hrs) ☐ Rejected (reason): _____
☐ 3. Semi-Urgent (within 10 days)
☐ 4. Non-Urgent (within 4 weeks)

Radiologist Protocol:

Date Rec'd: _____

Time Rec'd: _____ a.m./p.m.

IV Contrast Media Information

AFFIX LOT NUMBER*

Omnipaque 350: _____ mls Visipaque 320: _____ mls MANUAL/PUMP

At: _____ IN: _____

Rate: _____ mls/sec Delay(s): _____

Injected by: _____

Scanned by: _____ Verified by: _____

Technologist comments:

Affix Patient Label Here (FOR INTERNAL USE ONLY)

Ordering Physician Name (print) _____

Dated (dd/mm/yyyy) _____

Signature of Ordering Physician _____

Patient Advised? ☐ Yes Other: _____

We look forward to serving your patients.

PLEASE FOLLOW THE INSTRUCTIONS INDICATED BELOW:

- ☐ **CT Scan Head, Chest, Neck, Spine or Extremities no contrast**
No preparation required. All medications can be taken.
- ☐ **CT Scan Head, Chest, Neck, Spine or Extremities with contrast**
Nothing to eat for 2 hours before your appointment.
Clear fluids and all medications can be taken within the 4 hours prior to your appointment.
- ☐ **CT Scan Abdomen or Pelvis—** Nothing to eat for 4 hours before your appointment. Clear fluids and all medications can be taken within the 4 hours prior to your appointment. When you arrive in the CT Department you may be given fluids to drink for your examination.
- ☐ **Biopsy—** Require relevant current history and patient to be off of blood thinners at least 5 days prior to procedure.

Wear comfortable clothing, if available (e.g.: jogging suit).

Plan to arrive 15 minutes before your appointment time and report directly to the Medical Imaging Department. Please bring your **Ontario Health Card** (OHIP).

Please note: you may be here for at least two (2) hours.

VEUILLEZ SUIVRE LES INSTRUCTIONS INDIQUÉES CI-DESSOUS :

- ☐ **Tomodensitogramme de la tête, de la poitrine, du cou, de la colonne vertébrale ou des extrémités – sans produit de contraste**
Aucune préparation n'est nécessaire.
Vous pouvez prendre tous les médicaments que vous prenez habituellement.
- ☐ **Tomodensitogramme de la tête, de la poitrine, du cou, de la colonne vertébrale ou des extrémités – avec produit de contraste**
Veuillez ne rien manger au cours des 2 heures précédant votre rendez-vous.
Vous pouvez boire des liquides clairs et prendre tous les médicaments que vous prenez habituellement jusqu'à 4 heures avant votre rendez-vous.
- ☐ **Tomodensitogramme de l'abdomen ou du bassin**
Veuillez ne rien manger au cours des 4 heures précédant votre rendez-vous.
Vous pouvez boire des liquides clairs et prendre tous les médicaments que vous prenez habituellement jusqu'à 4 heures avant votre rendez-vous.
Lorsque vous arriverez au service de tomodensitométrie, on pourrait vous donner des liquides à boire pour votre examen.
- ☐ **Biopsie—** Histoires actuelle et pertinente du patient requis. Doit être hors d'anticoagulants au moins 5 jours avant l'intervention.

Dans la mesure du possible, portez des vêtements confortables (p. ex. ensemble de jogging).

Veillez arriver 15 minutes avant votre rendez-vous et aller directement au Service de visualisation médicale. Assurez-vous d'avoir votre **carte Santé de l'Ontario**.

Notez bien: vous pourriez être au service pendant au moins 2 heures.