

REQUISITION FORM

STAT

Canadian
Diagnostic
Network

Phone: 613-824-3252

Fax: 613-824-6633

Email: booking@cdncare.ca

www.cdncare.ca

Patient information

First Name

Last Name

☐

Pediatric
(available services
marked with *)

Sex

☐

Male

☐

Female

Date of Birth

Primary Phone

Secondary Phone

Patient Mobility

☐

Wheelchair

☐

Fall Risk

Address

E-mail

OHIP

Version Code

Clinical History

Please print clearly. Incomplete history will lead to rejection.

Ultrasound (By Appointment)

GENERAL

- ☐ *Abdomen
☐ *Abdomen Wall
☐ *Urinary Tract / KUB
☐ *Liver Elastography
☐ *Female Pelvis
☐ *Transvaginal (If Needed)
☐ *Male Pelvis
☐ Transrectal
☐ *Inguinal Canal / Groin
☐ R ☐ L
☐ Liver Shear Wave Elastography

SMALL PARTS

- ☐ *Thyroid / Neck
☐ *Submandibular Glands
☐ *Parotid Glands
☐ *Testes/Scrotum
☐ Penile
☐ *Soft Tissue/Lump (Location)

OBSTETRICAL

- ☐ OBS (Below 16 Weeks)
☐ OBS (Above 16 Weeks)
☐ OBS (High Risk / Problem)
☐ OBS (Multiple Gestation)
☐ Nuchal Translucency (NT)
*Please attach NT forms
☐ LMP (DD/MM/YY): _____

MUSCULOSKELETAL

- R L
☐ ☐ Shoulder
☐ ☐ Forearm
☐ ☐ Elbow
☐ ☐ Arm
☐ ☐ Wrist & Hand
☐ ☐ Hip Joint / Greater Trochanter
☐ ☐ Thigh / Hamstring
☐ ☐ Knee / Pop Fossa
☐ ☐ Leg / Calf
☐ ☐ Ankle (Medial / Lateral / Anterior)
☐ ☐ Achilles Tendon / Plantar Fascia
☐ ☐ Foot
☐ ☐ Other Muscle Area _____

VASCULAR

- ☐ Carotids
☐ Abdominal Aortic Aneurysm (AAA)
☐ Arterial Upper Limb
☐ Arterial Lower Limb
☐ ☐ Venous Upper Limb DVT
☐ ☐ Venous Lower Limb DVT
☐ ☐ Lower Limb Deep Vein Insufficiency
☐ ☐ Lower Limb Deep Superficial Vein Insufficiency
☐ ☐ Renal Doppler

X-Ray (By Appointment & Walk-In)

HEAD & NECK

- ☐ Skull
☐ Sinuses (Not Covered By OHIP)
☐ Facial Bones
☐ Nose
☐ Soft Tissue Neck
☐ Adenoids
☐ Orbits
☐ Eye for Foreign Body (Pre-MRI)
☐ TMJ
☐ Mandible

CHEST

- ☐ Chest PA & LAT
☐ Chest PA (Immigration)
☐ Ribs (Includes PA Chest)
☐ R ☐ L ☐ B
☐ Stemo-Clavicular Jts
☐ Sternum
☐ Other _____

LOWER EXTREMITIES

- R L
☐ ☐ Hip
☐ ☐ Femur
☐ ☐ Knee
☐ ☐ Tib. & Fib.
☐ ☐ Ankle
☐ ☐ Foot
☐ ☐ Heel
☐ ☐ Toe:



SPINE & PELVIC

- ☐ Cervical Spine
☐ Dorsal Spine
☐ Lumbar Spine
☐ Scoliosis
☐ Sacrum / Coccyx
☐ Pelvis
☐ SI Joints

UPPER EXTREMITIES

- R L
☐ ☐ Shoulder
☐ ☐ Humerus
☐ ☐ Elbow
☐ ☐ Forearm
☐ ☐ Clavicle
☐ ☐ A.C. Joints
☐ ☐ Scapula
☐ ☐ Wrist
☐ ☐ Scaphoid
☐ ☐ Hand
☐ ☐ Finger:



ABDOMEN

- ☐ Single / KUB
☐ Acute (Includes PA Chest)

Breast imaging (By Appointment)

MAMMOGRAPHY

- ☐ OBSP
☐ Screening
☐ Diagnostic
☐ Tomosynthesis



Draw palpable lump on diagram

ULTRASOUND

- ☐ Breast Ultrasound
☐ R ☐ L

Bone Mineral Density (By Appointment)

- ☐ Baseline (First BMD Test) ☐ High Risk ☐ Body Composition Analysis
☐ Low Risk ☐ Other Risk Factors

Cardiology (By Appointment)

- ☐ Echocardiogram ☐ Holter Monitor 48hr/72hr

Referrer Information

Name

Signature

Billing Number

CC

M.D.

Phone

Fax Number

Address

Plan Your Visit

Find a location, book an appointment, or check in at cdncare.ca/patient-centre



Phone: 613-824-3252
Fax: 613-824-6633
Email: booking@cdncare.ca
www.cdncare.ca

Please review the preparation instructions below and **arrive 15 minutes early for check-in**. Late arrivals may result in reduced exam time or rescheduling.

Need to cancel or reschedule? Please contact us at 613-824-3252 or booking@cdncare.ca **at least 24 hours in advance**. Otherwise, a **\$75 late cancellation** or no-show fee may apply.

Need help during your visit? Please bring a **support person or interpreter** with you.

Appointment

Patient name

Location

Date

Time

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

Preparation instructions

ULTRASOUND

Please wear loose-fitting clothing without buttons or metal (e.g., a t-shirt and joggers), especially for X-rays and musculoskeletal ultrasound.

ABDOMINAL ULTRASOUND (LIVER, KIDNEYS, RENAL ARTERIES)

Please fast for 8 hours prior to your appointment. Do not eat, drink, smoke, or chew gum. Mandatory medications may be taken with small sips of water. Patients with diabetes may have a piece of plain toast and small sips of water. 1 hour before your appointment and maintain a full bladder until your exam.

PELVIC, BLADDER & OBSTETRICAL ULTRASOUND

A full bladder is required. Please drink 1L (34 oz or approximately 4 glasses) of water 1 hour prior to your appointment and do not use the washroom before your exam.

ABDOMEN AND PELVIS

Fasting and a full bladder are required. Please follow above instructions for Abdominal Ultrasound and Pelvic, Bladder & Obstetrical Ultrasound.

TRANSRECTAL AND PELVIC ULTRASOUND

Please complete a Fleet enema 2 hours prior to your appointment. Please also drink 1L (34 oz or approximately 4 glasses) of water 1 hour before your appointment and maintain a full bladder until your exam.

BONE MINERAL DENSITY (BMD)

Do not take calcium, multivitamins, or bone medications for 24 hours prior to your appointment. Please wear clothing without metal or zippers and bring a current list of medications.

BREAST IMAGING

Please avoid wearing deodorant, powders, or perfume. Do not receive a vaccine within 6 weeks prior to your appointment.

Instructions de preparation

ÉCHOGRAPHIE

Veuillez porter des vêtements amples, sans boutons ni pièces métalliques (p. ex. un t-shirt et un pantalon de sport), particulièrement pour les radiographies et les échographies musculosquelettiques.

ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE (FOIE, REINS, ARTÈRES RÉNALES)

Veuillez être à jeun pendant 8 heures avant votre rendez-vous. Ne mangez pas, ne buvez pas, ne fumez pas et ne mâchez pas de gomme. Les médicaments obligatoires peuvent être pris avec de petites gorgées d'eau. Les patients diabétiques peuvent manger une tranche de pain grillé nature et prendre de petites gorgées d'eau. Veuillez également boire 1 litre (34 oz ou environ 4 verres) d'eau 1 heure avant votre rendez-vous et conserver une vessie pleine jusqu'à votre examen.

ÉCHOGRAPHIE PELVIENNE, DE LA VESSIE ET OBSTÉTRICALE

Une vessie pleine est requise. Veuillez boire 1 litre (34 oz ou environ 4 verres) d'eau 1 heure avant votre rendez-vous et ne pas utiliser les toilettes avant votre examen.

ÉCHOGRAPHIE DE L'ABDOMEN ET DU BASSIN

Le jeûne et une vessie pleine sont requis. Veuillez suivre les instructions ci-dessus pour l'échographie abdominale ainsi que pour l'échographie pelvienne, de la vessie et obstétricale.

ÉCHOGRAPHIE TRANSRECTALE ET PELVIENNE

Veuillez administrer un lavement Fleet® 2 heures avant votre rendez-vous. Veuillez également boire 1 litre (34 oz ou environ 4 verres) d'eau 1 heure avant votre rendez-vous et conserver une vessie pleine jusqu'à votre examen.

DENSITOMÉTRIE OSSEUSE (DMO)

Ne prenez pas de calcium, de multivitamines ni de médicaments pour les os pendant les 24 heures précédant votre rendez-vous. Veuillez porter des vêtements sans métal ni fermeture éclair et apporter une liste à jour de vos médicaments.

IMAGERIE MAMMAIRE

Veuillez éviter de porter du déodorant, de la poudre ou du parfum. Ne recevez aucun vaccin dans les 6 semaines précédant votre rendez-vous.



To access your medical images and results, please visit info.medblu.net

Need Assistance?
Please contact:

Phone: 613-366-9794
Email: support@medblu.net

