Hôpital général de la baie Georgienne
GEORGIAN BAY
General Hospital

Appointment: _____

Request for X-Ray & Ultrasound
Department of Diagnostic Imaging
Georgian Bay General Hospital
Tel. (705) 526-1300 Ext. 5090
Fax. (705) 526-7837

Name: _____
Address: _____
City: _____ Postal Code: _____
Health Card #: _____
Date of Birth *(DD/MM/YYYY)*: _____
Home #: _____ Cell #: _____

Please allow 1 week to receive notification of appointment

Referring Physician:
Physician Name (please print): _____
Telephone #: _____ Fax#: _____
Signature: _____
*****Please note that failure to provide pertinent information may delay patient examination.**

X-RAY (No appointment necessary, Mon-Fri 8:00am-4:00pm)

X-ray Examination(s) Requested: _____

Clinical Information: _____

ULTRASOUND (By appointment only) PATIENT INSTRUCTIONS ON BACK

☐ **URGENT(1-3 days)** ☐ **ASAP (within 2 weeks)** ☐ **ELECTIVE**

Doppler Vascular Studies:
☐Carotids
☐Peripheral Venous
☐R ☐L ☐Arm ☐Leg
☐**Abdomen**
☐**Limited Abdomen/Renal**
☐**Pelvis** ☐**Transvaginal**
☐**Obstetric:**
☐Limited (Under 18 weeks)
☐IPS/NT
☐Complete (Over 18 weeks)
☐High Risk
☐BPP
☐**Prostate (Trans Abdo)**
☐**Testes/Scrotum**
☐**Thyroid/Face/Neck**

Musculoskeletal:
☐**Shoulder** ☐R ☐L
☐**AC Joint** ☐R ☐L
☐**Elbow** ☐R ☐L
☐**Knee** ☐R ☐L
☐**Ankle** ☐R ☐**L**
☐**Achilles Tendon** ☐R ☐L
☐**Foot:** ☐R ☐L
☐Tendon
☐Plantar Fascia
☐**Wrist & Hand:**
☐Carpal Tunnel
☐Tendons
☐**Hamstring Area**
☐**Other Muscle or Soft Tissue Areas (Please specify)**

Clinical Information: _____

Technologist:

Patient Identified	☐Name	☐Armband	☐DOB	
Order Verified	☐Yes	☐No		
	☐IP/ER	☐Requisition		
Patient Pregnant	☐Yes	☐No		
Consent Obtained	☐Yes	☐No		
Lead apron	☐No	☐1/2 apron	☐Full apron	☐Gonadal

Technologists Comments/Initials:

INFORMATION FOR ULTRASOUND EXAMINATIONS

*****PLEASE READ CAREFULLY*****

Your doctor has requested an Ultrasound examination for you. An appointment is required for this procedure.

When you arrive at the hospital, please check in at Central Registration located in the front lobby of the hospital. You will then be directed to the Diagnostic Imaging Department on the main floor.

PLEASE FOLLOW THE INSTRUCTIONS RELEVANT TO YOUR EXAMINATION:

ABDOMINAL:
On the day before your examination have your normal supper. Do not eat or drink anything after 10:00pm. Do not eat breakfast on the morning of your appointment.

OBSTETRICAL/PELVIS/RENAL:
Please drink 4 cups (32 oz) of liquid (water, tea, coffee) and be finished drinking **one hour before** your appointment. **DO NOT EMPTY YOUR BLADDER.**

SCROTUM:
No preparation required

THYROID:
No preparation required

MUSCULOSKELETAL:
No preparation required

If you have to cancel your appointment, please notify us immediately.
To re-book your appointment may take several weeks.
Please call (705) 526-1300 Ext. 5090

Renseignements relatifs aux examens échographiques

*****Veuillez lire attentivement*****

Votre médecin a demandé que vous passiez un examen échographique. Il faut fixer un rendez-vous pour une échographie.

En arrivant à l'hôpital, veuillez vous présenter à l'inscription centrale qui se trouve à l'entrée principale. On vous orientera vers le Service d'imagerie diagnostique qui se trouve au rez-de-chaussée.

Veuillez suivre les instructions qui se rapportent à l'examen qui s'applique à votre cas :

Abdominal :
Le jour avant l'échographie, prenez votre repas du soir comme d'habitude. Ne prenez rien à manger ni à boire après 22 h (10 heures du soir). Ne mangez pas de petit-déjeuner le matin de votre rendez-vous.

Obstétrical/pelvien/rénal :
Veuillez boire 4 tasses (32 oz) de liquide (eau, thé, café) et finir de les boire **une heure avant** votre rendez-vous. **NE PAS VIDER LA VESSIE.**

Scrotum :
Aucune préparation requise.

Thyroïde :
Aucune préparation requise.

Musculosquelettique :
Aucune préparation requise.

Si vous devez annuler votre rendez-vous, veuillez nous en informer immédiatement.
Cela peut prendre plusieurs semaines pour réserver un autre rendez-vous.
Veuillez appeler le 705 526-1300, poste 5090.