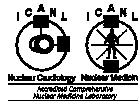




**NUCLEAR MEDICINE REQUISITION  
DEMANDE EN MÉDECINE NUCLÉAIRE**



- 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 SEULEMENT**  
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	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
Address-Adresse			City-Ville	Prov	Postal Code Postal					
Provincial Ins. no./Other Ins. no.-N° d'ass. provinciale/Autre n° d'ass.			Version/Exp.	Telephone (home-domicile)			(office-bureau)			
WSIB no.-N° de CSPA-AT		Employer-Employeur								
EXAM REQUESTED-EXAMEN DEMANDÉ										
<p><b>PERTINENT CLINICAL INFORMATION</b> (for <b>thyroid</b> studies please attach relevant lab and ultrasound results if available):  <b>INFORMATION CLINIQUE PERTINENTE</b> (pour les études sur la <b>thyroïde</b> veuillez joindre les résultats de laboratoire et d'échographie, si disponible) :</p> <p>Possible pregnancy-Grossesse possible?      Breast feeding-Allaitement?      Special assistance required-Aide spéciale requise?</p> <p><input type="checkbox"/> yes-oui    <input type="checkbox"/> no-non      <input type="checkbox"/> yes-oui    <input type="checkbox"/> no-non      <input type="checkbox"/> yes-oui    <input type="checkbox"/> no-non</p>										
<p><b>FOR THYROID STUDIES ONLY</b>  <b>POUR ÉTUDES SUR LA THYROÏDE SEULEMENT</b></p> <p>Do you wish your patient to receive I-131 therapy if indicated  Aimeriez-vous que votre patient(e) reçoive la thérapie I-131 si indiqué</p> <p><input type="checkbox"/> yes-oui    <input type="checkbox"/> no-non</p>					Current medications-Médicaments actuels					
Physician-Médecin (Printed-En lettres moulées)				Signature			Billing no.-No de facturation			
Address-Adresse							Telephone			
Send copy of report to-Envoyez copie du rapport à (Printed-En lettres moulées)										
Physician-Médecin				Address-Adresse				Code postal code		
<p><b>FOR OFFICE USE ONLY-À L'USAGE DU DÉPARTEMENT SEULEMENT</b></p> <p>Procedure code(s) de l'intervention</p>				MRN-NO DE DOSSIER			REG#			
				Appointement(s)-Rendez-vous						
				Date _____			Time-Heure _____			
				Date _____			Time-Heure _____			
				Date _____			Time-Heure _____			