

Name: _____
 Phone No.: _____
 Address: _____
 Date: _____ D.O.B. _____ M / F

**ESPANOLA REGIONAL HOSPITAL
 AND HEALTH CENTRE
 DIAGNOSTIC IMAGING**

**Appointments Required prior to coming to hospital.
 Phone: (705) 869-1420 ext. 3500 Fax: (705) 869-2211**

Health Card Number: _____
*****HCN needed when booking**

TEST	APPT. DATE	TIME
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ESPANOLA REGIONAL HOSPITAL AND HEALTH CENTRE HAS A NO SCENT POLICY.
 Please refrain from the use of any/all perfumed products.
LE PROTOCOLE DE L'HÔPITAL RÉGIONAL ET CENTRE DE SANTÉ D'ESPANOLA EXIGE QUE VOUS NE PORTIEZ AUCUN PRODUIT PARFUMÉ

PROCEED TO REGISTRATION UPON ARRIVAL

X-RAY SPINE <input type="checkbox"/> Cervical Spine <input type="checkbox"/> Soft Tissue Neck <input type="checkbox"/> Thoracic Spine <input type="checkbox"/> Lumbar Spine <input type="checkbox"/> S.I. Joints <input type="checkbox"/> Pelvis <input type="checkbox"/> Hip <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> Sacrum & Coccyx <input type="checkbox"/> Scoliosis series	THORAX <input type="checkbox"/> Chest <input type="checkbox"/> Ribs <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> SC Joints <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> Sternum <input type="checkbox"/> Shoulder <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> Clavicle <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> Scapula <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> A.C. Joints	UPPER EXT <input type="checkbox"/> Humerus <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> Elbow <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> Forearm <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> Wrist <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> Hand <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> Scaphoid <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> Thumb <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> Finger <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	LOWER EXT <input type="checkbox"/> Femur <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> Knee <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> Patella <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> Tib / Fib <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> Ankle <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> Foot <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> Calcaneus <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> Toe <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Leg Length studies	CRANIUM <input type="checkbox"/> Skull <input type="checkbox"/> Facial bones <input type="checkbox"/> Nasal bones <input type="checkbox"/> Mandible <input type="checkbox"/> TM joints <input type="checkbox"/> Eye for foreign Body ABDOMEN <input type="checkbox"/> Acute Abdomen <input type="checkbox"/> KUB	FLUOROSCOPY <input type="checkbox"/> Joint Injection Joint: _____ GASTRICS <input type="checkbox"/> GI Series *PREP1 <input type="checkbox"/> BA Enema *PREP3 <input type="checkbox"/> Small Bowel Follow Through *PREP1
ULTRASOUND GENERAL Abdomen *PREP1 <input type="checkbox"/> Complete <input type="checkbox"/> Kidneys <input type="checkbox"/> Liver <input type="checkbox"/> GB/Biliary tree <input type="checkbox"/> Appendix <input type="checkbox"/> Pelvic *PREP2 <input type="checkbox"/> Endovaginal *PREP2 <input type="checkbox"/> Bladder *PREP2 <input type="checkbox"/> OB Dating *PREP2 <input type="checkbox"/> IPS(11w 0d – 13w 6d) *PREP2	<input type="checkbox"/> OB Routine *PREP2 <input type="checkbox"/> OB non routine *PREP2 <input type="checkbox"/> Soft Tissue <input type="checkbox"/> Groin <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> Abdo Wall/hernia <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> Breast <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> Thyroid <input type="checkbox"/> Neck <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> Salivary Gland <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> Testes	VASCULAR <input type="checkbox"/> Follow Up for Significant Vascular Disease or Reconstruction: Site _____ Frequency _____ <input type="checkbox"/> Lower Limb Arterial <input type="checkbox"/> Upper Limb Arterial <input type="checkbox"/> Carotid/Vert Arteries <input type="checkbox"/> Abdominal Grafts (Includes lower limb art) *PREP1 <input type="checkbox"/> Raynaud / White Hands <input type="checkbox"/> Thoracic Outlet	<input type="checkbox"/> Lower Limb Venous For <input type="checkbox"/> DVT <input type="checkbox"/> Insufficiency <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> Upper Limb Venous <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> Abd Aorta and Iliac Arteries *PREP1 <input type="checkbox"/> Renal Arteries *PREP1 <input type="checkbox"/> Mesenteric Arteries *PREP1 <input type="checkbox"/> Portal Venous Doppler *PREP1 <input type="checkbox"/> IVC Iliac Veins (Includes Lower Limb Venous) *PREP1	MUSKULOSKELETAL <input type="checkbox"/> Hip (Bursitis) <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> Knee <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> Pop Fossa (Bakers Cyst) <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> Achilles <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> Ankle <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> Plantar Fascia <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> Shoulder <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> Elbow <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> Wrist <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> Other _____	

***REQUIRES PREPARATION, SEE INSTRUCTION SHEET/ PREPARATION NECESSAIRE, VOIR PAGE D'INSTRUCTION**

CARDIAC LAB Bring list of all current medications <input type="checkbox"/> Resting ECG	<input type="checkbox"/> 2d Echocardiogram <input type="checkbox"/> w/contrast (18+) <input type="checkbox"/> w/agitated saline(bubble) (18+) <input type="checkbox"/> 2d Echocardiogram pediatric	<input type="checkbox"/> Treadmill Stress Test <input type="checkbox"/> Holter Monitor (Includes ECG) <input type="checkbox"/> 48 HR <input type="checkbox"/> 72 HR <input type="checkbox"/> 7 Day <input type="checkbox"/> 14 Day
--	--	--

CLINICAL INFORMATION: _____

Family Physician: _____ Ordering Physician:(print) _____ (CPSO): _____
 Copy to: _____ Signature: _____

OFFICE USE ONLY Pregnancy: y <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> Technologist: _____	Additional Clinical Information/ Tech Comments: _____ _____
---	---

PREPARATION INSTRUCTIONS

IF YOU DO NOT FOLLOW PREPARATION INSTRUCTIONS YOUR EXAM MAY NEED TO BE RESCHEDULED.
SI VOUS NE SUIVEZ PAS LES INSTRUCTIONS VISANT LA PRÉPARATION EN VUE DE VOTRE EXAMEN,
CELUI-CI POURRAIT ÊTRE REMIS.

ESPANOLA REGIONAL HOSPITAL AND HEALTH CENTRE DIAGNOSTIC IMAGING

Appointments Required

Phone: (705) 869-1420 ext. 3500 Fax: (705) 869-2211

<p style="text-align: center;">*PREP1</p> <p>Nothing to eat or drink after midnight. Please notify us when booking if you are diabetic.</p>	<p style="text-align: center;">*PREP1</p> <p>Ne rien boire ou manger après minuit. Svp avertissez - nous si vous êtes diabétique</p>
<p style="text-align: center;">*PREP2</p> <p>Two hours before the exam, empty your bladder then drink 900ml (4 cups) of water. Be finished drinking water 1½ hours before appointment time. DO NOT empty your bladder until you are instructed to do so. You may eat normally, unless combined with PREP1.</p>	<p style="text-align: center;">*PREP2</p> <p>Deux heures avant l'examen, videz votre vessie ensuite Buvez 900ml (ou 4 tasses) d'eau. Ayez fini de boire 1½ heures avant le rendez vous. Ne videz pas votre vessie avant qu'on vous dise de le faire. Vous pouvez manger normalement à moins que c'est en combinaison avec PREP1.</p>
<p style="text-align: center;">*PREP3</p> <p>Preferred Bowel Preparation: 1 Box Pico-Salax - The box contains 2 packets of bowel preparation. You will need to take them both. Bisacodyl Laxative (such as Dulcolax) - 4 tablets (5 mg. each)</p> <p>On The Day Before The Examination:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Restriction to clear liquids the day prior to procedure (Clear Liquids: apple juice, Jell-O, chicken broth, Gatorade, popsicles, water, ice, black tea and coffee, pop decaffeinated, if possible, etc.) NO MILK products or other liquid you cannot see through. 2. At 8:00 a.m., take 4 Bisacodyl (Dulcolax) tablets (5 mg. each) by mouth with 1-2 glasses of water. 3. a) Take 1st packet of Pico-Salax at about 11:00 a.m. - mix it in a 5 oz. (150 ml.) mug of cold water. This solution will heat up, thus let it cool before drinking. You must continue to stir while drinking the mug of Pico-Salax to ensure all the laxative has dissolved. Drink one glass of room temperature water or more (and extra clear fluids, if desired) each hour over the next three hours to replace fluids lost through the cleansing process and to ensure effectiveness of the bowel prep. Most people will have 3-6 watery bowel movements, usually without urgently rushing to the washroom. b) Take 2nd packet of Pico-Salax at about 3:00 p.m. - mix it in a 5 oz. (150 ml.) mug of cold water. You must continue to stir while drinking the mug of Pico-Salax to ensure all the laxative has dissolved properly. Drink one glass of room temperature water or more (and extra clear fluids, if desired) each hour over the next three hours. 4. Nothing to eat or drink after midnight 	<p style="text-align: center;">*PREP3</p> <p>Préparation préférée pour l'intestin 1 boîte de Pico-Salax - Cette boîte contient 2 paquets de préparation pour l'intestin. Vous devrez prendre les deux. Laxatif bisacodyl (comme Dulcolax) - 4 comprimés (5 mg chacun)</p> <p>Le jour précédant L'examen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Limitation à des liquides clairs la veille de l'examen (liquides clairs: jus de pommes, Jell-O, bouillon de poulet, Gatorade, sucettes glacées, eau, glace, thé et café noirs, boisson gazeuse, décaféinés si possible, etc.). AUCUN PRODUIT LAITIÉ ni autre liquide à travers lequel vous ne pouvez pas voir. 2. À 8 h le matin, prenez 4 comprimés de bisacodyl (Dulcolax) (5 mg chacun) par la bouche avec 1 ou 2 verres d'eau. 3. a) Prenez le premier paquet de Pico-Salax vers 11 h – Mélangez-le à 5 oz (150 ml) d'eau froide dans une grosse tasse. Cette solution se réchauffera, par conséquent, laissez-la refroidir avant de la boire. Vous devez continuer de brasser la grosse tasse de Pico-Salax pendant que vous la buvez pour vous assurer que tout le laxatif est dissous. Prenez un verre d'eau ou plus à la température de la pièce (et des liquides clairs supplémentaires, si vous le désirez) chaque heure au cours des trois prochaines heures pour remplacer les liquides perdus lors du processus de nettoyage et pour veiller à l'efficacité de la préparation pour intestin. La plupart des gens auront de 3 à 6 selles liquides, habituellement sans devoir se précipiter aux toilettes. b) Prenez le deuxième paquet de Pico-Salax vers 15 h – mélangez-le à 5 oz (150 ml) d'eau froide dans une grosse tasse. Vous devez continuer de brasser la grosse tasse de Pico-Salax pendant que vous la buvez pour vous assurer que tout le laxatif est dissous. Prenez un verre d'eau ou plus à la température de la pièce (et des liquides clairs supplémentaires, si vous le désirez) chaque heure au cours des trois prochaines heures. 4. Rein à manger ni à boire après minuit.