



**CHAMPLAIN SURGICAL**  
*Solutions*

FAX ☎ 1-800-413-7081 TEL ☎ 1-800-413-8090

WWW.CHAMPLAINSURGICALSOLUTIONS.CA

**CT SCAN REQUISITION FORM - RAMQ PATIENT/  
REQUÊTE DE TOMODENSITOMÉTRIE - PATIENT RAMQ**

PT NAME/ NOM DU PATIENT: \_\_\_\_\_

DOB/DDN: \_\_\_\_\_

ADDRESS/ADRESSE: \_\_\_\_\_

RAMQ: \_\_\_\_\_

TEL/ TÉL: \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_

REFERRING PHYSICIAN/ MÉDECIN REQUÉRANT \_\_\_\_\_

FAMILY PHYSICIAN/ MÉDECIN DE FAMILLE \_\_\_\_\_

LICENCE/PERMIS \_\_\_\_\_

PHYSICIAN SIGNATURE/ SIGNATURE DU MÉDECIN \_\_\_\_\_

TEL/ TÉL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

**PATIENT UNDERSTANDS THAT THEY WILL BE CHARGED AN ADMINISTRATIVE FEE BY CSS TO PROCESS THE REQUISITION/  
PATIENT COMPREND QU'IL SERA FACTURÉ DES FRAIS ADMINISTRATIFS PAR CSS POUR TRAITER LA DEMANDE.**

**IF NO PERTINENT HISTORY IS PROVIDED, CT SCAN WILL NOT BE PERFORMED/  
UNE TOMODENSITOMÉTRIE NE SERA PAS EFFECTUÉE SI LES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX NE SONT PAS FOURNI.**

- |  |   |  |  |                                   |   |
|--|---|--|--|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> HEAD/<br>CRÂNE    | <input type="checkbox"/> ABDOMINAL<br>RETROPERITONEUM/<br>ABDOMEN<br>RÉTROPÉRITOINE | SPINE/COLONNE<br><input type="checkbox"/> Cervical/Cervicale<br><input type="checkbox"/> Thoracic/Thorax<br><input type="checkbox"/> Lumbar/Lombaire | <input type="checkbox"/> PELVIC/PELVEN | <input type="checkbox"/> NECK/COU | <input type="checkbox"/> CHEST/POITRINE |
| <input type="checkbox"/> OTHER/AUTRE _____ |   |  |  |                                   |   |

Problem to be investigated/ Problème à étudier \_\_\_\_\_

History and Physical Examination/ Les antécédents et l'examen physique \_\_\_\_\_

Clinical Diagnosis/ Diagnostic clinique \_\_\_\_\_

**B.U.N./Creatinine results. (All patients > 65) Diabetics/Renal Disease/**  
**B.U.N./Résultat de créatinine. (tous patients > 65) Diabétiques / Maladie rénale** \_\_\_\_\_

Previous Surgery/ Chirurgie antérieure \_\_\_\_\_

L.N.M.P. \_\_\_\_\_  
D.R.N \_\_\_\_\_

Allergy History/ Les antécédents d'allergies  Neg/Nég  Pos \_\_\_\_\_

Previous Ultrasound/ Échographie précédente  Yes/Oui  No/Non

Nuclear Medicine/ Médecine nucléaire  Yes/Oui  No/Non

Protocol by Radiologist/ Protocole du radiologue \_\_\_\_\_

Appointment Date/ Date du rendez-vous \_\_\_\_\_

**PRELIMINARY REPORT/  
RAPPORT PRÉLIMINAIRE**

No significant abnormality  
Full report to follow/  
Aucune anomalie importante  
Rapport complet suivra

Diagnosis/ Diagnostic \_\_\_\_\_

Physician's Signature/ Signature du médecin \_\_\_\_\_

Physician's Name/ Nom du médecin \_\_\_\_\_