

**UIMC RADIOLOGY PROCEDURE ORDER FORM**

PATIENT LABEL HERE

**\*\*\*\* ATTENTION PATIENT: PLEASE BRING THIS FORM TO YOUR APPOINTMENT\*\*\*\***

|  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>UIMC Hospital</b><br>1740 W. Taylor St., Rm 2400<br>Chicago, IL 60612<br>CT, IR, Nuclear Medicine, X-Ray,<br>Ultrasound, Fluoroscopy | <input type="checkbox"/> <b>UIMC Outpatient Care Center (OCC)</b><br>1801 W. Taylor St.<br>Chicago, IL 60612<br><b>Suite 1A - MRI</b><br><b>Suite 2C - CT, Mammography, X-Ray</b> | <input type="checkbox"/> <b>UIMC Advanced Imaging Center (AIC)</b><br>2242 W. Harrison St.<br>Chicago, IL 60612<br><b>Suite 103 – MRI, PET/CT, Ultrasound</b> |
|--|---|---|

|                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| <b>Patient Phone #</b> | <b>Alternate Phone #</b> |
| Appointment Date/Time  | Insurance                |

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Procedure Requested</b> |  |
|----------------------------|--|

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> CT<br><input type="checkbox"/> MRI<br><input type="checkbox"/> Nuclear Medicine<br><input type="checkbox"/> IR/Angiography<br><input type="checkbox"/> X-Ray<br><input type="checkbox"/> Fluoroscopy<br><input type="checkbox"/> PET/CT<br><b>Mammography</b><br><input type="checkbox"/> Screening<br><input type="checkbox"/> Diagnostic*<br><small>*Breast ultrasound may be done at the discretion of the radiologist</small><br><b>Ultrasound</b><br><input type="checkbox"/> Scrotum with Doppler<br><input type="checkbox"/> Pelvis – Trans Abdominal, Transvaginal, Doppler<br><input type="checkbox"/> Vascular<br><input type="checkbox"/> Other : _____ | <p style="text-align: center;"><b>Contrast</b></p> Pregnant? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Claustrophobic? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Do we have permission to give IV or PO contrast? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No<br><i>If no, stop here. If yes, continue with questions below.</i><br><b>Does the patient have any of the following risk factors?</b><br>Hypertension, diabetes, kidney disease, family history of kidney failure, recent kidney surgery, or age > 60 years<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No<br>If yes, must have SCr and GFR:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Within <b>6 weeks</b> of study for <b>MRI</b></li> <li>• Within <b>30 days</b> of study for <b>CT / IR / Angiography</b></li> </ul> Serum creatinine _____ GFR _____ Date _____<br>Patient on dialysis? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If yes, what kind?<br>Hemodialysis <input type="checkbox"/> Peritoneal dialysis <input type="checkbox"/><br><b>MRI / MRA: For GFR &lt;30 or dialysis, informed consent required. Please consult the radiologist prior to scheduling.</b><br>Does patient have <b>contrast allergy</b> ? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>If yes, what kind of contrast is the patient allergic to? MRI <input type="checkbox"/> Iodine <input type="checkbox"/><br><i>If patient has contrast allergy, contact Radiology at number listed below.</i><br>Does patient have asthma? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> List other allergies:<br>Patient weight: _____ height: _____ |
|---|---|

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| ICD-9 Code / Clinical History |  |
|-------------------------------|--|

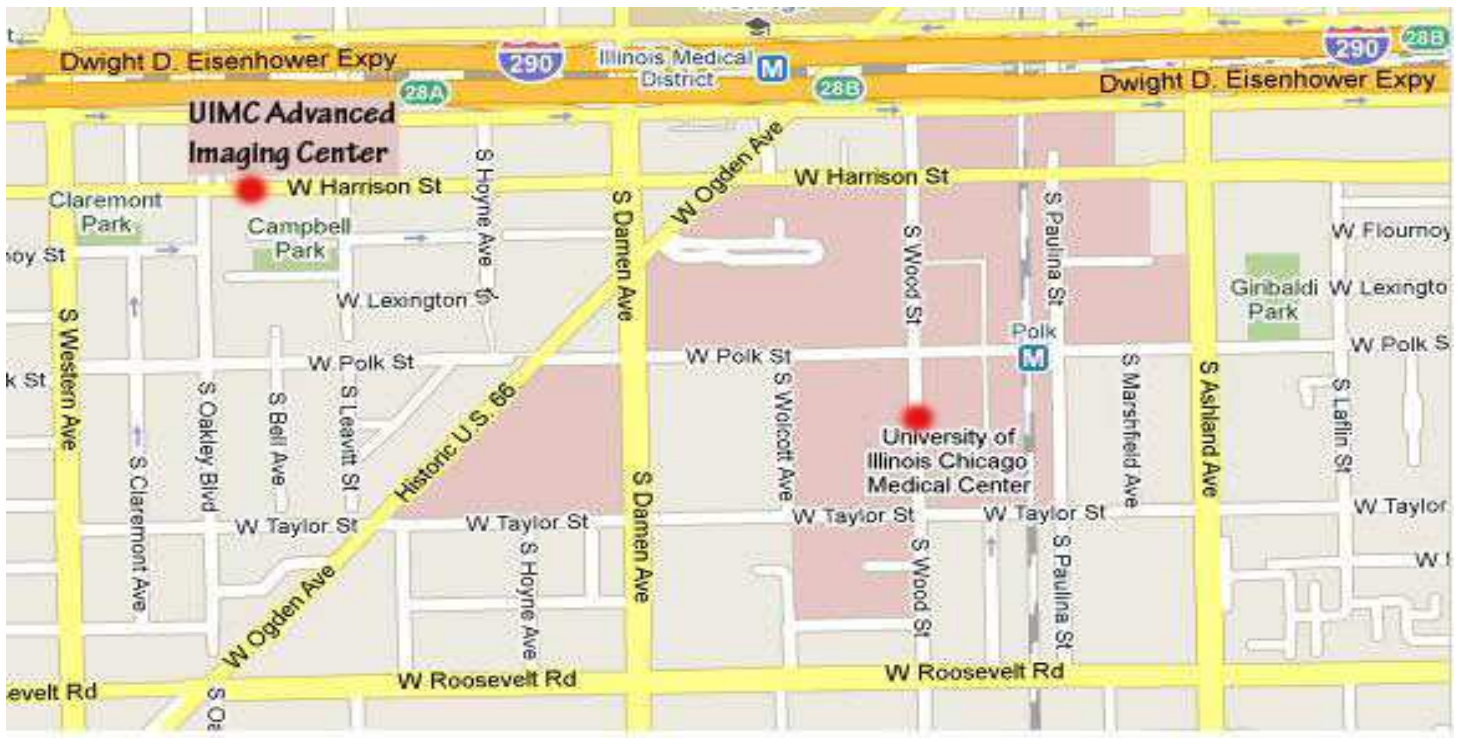
|                 |   |                         |
|-----------------|---|-------------------------|
| Ordering Clinic | Attending Physician Name (please print) | Pager or Contact Number |
|-----------------|---|-------------------------|

|                              |                         |           |
|------------------------------|-------------------------|-----------|
| Ordering Physician Signature | Pager or Contact Number | Date/Time |
|------------------------------|-------------------------|-----------|

**Radiology Scheduling 312-413-4900 or 1-877-456-UIMC (8462)**  
 Angiography or Interventional Radiology Scheduling: 312-413-3737 or 312-996-0241  
 Fax 312-996-8154      www.uillinoismedcenter.org/imaging



Please refer to the other side for directions and instructions



### **Transporte masivo**

El tren (el "EL") de la línea rosa (parada Polk) de la Autoridad de Tránsito de Chicago (CTA), pasa por la UIMC, el cual conecta al campus con el centro de la ciudad, con el aeropuerto internacional O'Hare, con los vecindarios del lado noroeste y oeste de Chicago y los suburbios del oeste Oak Park, Forest Park y Cicero.

### **Instrucciones para pacientes:**

Por favor, llegue 30 minutos antes de la hora de su cita para completar el papeleo y/o el registro. DEBE traer todas las órdenes y remisiones.

El estacionamiento con descuento está disponible en estacionamientos cercanos al hospital y al Outpatient Care Center (OCC). Los boletos se validan en la recepción de radiología.

**Mamografía:** Si se ha realizado mamografías en otras instalaciones, debe traer sus imágenes. Por favor, no utilice desodorante, loción o perfume el día de su examen.

**Imágenes por Resonancia Magnética (MRI):** Por favor, trate de usar ropa cómoda sin cierres ni botones.

**Ultrasonido:** No coma ni beba 8 horas antes del ultrasonido abdominal. Debe tener la vejiga llena para ultrasonidos pélvicos.

**Procedimiento IR:** Si tiene preguntas, llame al 312-996-0241.

**Tomografía computarizada:** No coma ni beba 4 horas antes de la tomografía computarizada del abdomen y procedimientos en pelvis, excepto que sí puede beber un sorbo de agua para tomar medicamentos

**Sedación:** Un adulto debe acompañarlo a su casa. No debe tomar taxi o transporte público solo. No debe manejar durante 24 horas después de la sedación. No coma ni beba 6 horas antes del procedimiento, excepto que sí puede beber un sorbo de agua para tomar medicamentos.

### **Instrucciones para los médicos:**

**Imágenes por Resonancia Magnética (MRI):** Podemos alojar a pacientes de más de 350 libras dependiendo de la talla y la forma del paciente. No podemos realizar MRI en pacientes con marcapasos. Por favor, infórmenos si el paciente tiene implantes metálicos (sujetador para aneurisma, quirúrgicos, stents, etc.), si es claustrofóbico, o ha trabajado con metales o en construcción.

**Tomografía computarizada:** Podemos alojar a pacientes de hasta 450 libras (200 kg, aprox.).

**Mamografía:** Pacientes que se hayan realizado mamografías en otras instalaciones, deben traer sus imágenes. Por favor, infórmenos si el paciente tiene en su historial cáncer de seno.

**Tomografía computarizada o estudio de contraste IR:** La metformina y sus derivados (por ejemplo: Glucophage) deben suspenderse el día del estudio y durante 48 horas después. El médico debe obtener creatinina sérica y GFR 48 horas después del estudio y comparar los niveles de referencia para evaluar un posible cambio en la función del hígado antes de reanudar la metformina.

**Alergias de contraste:** Los pacientes que han tenido reacciones menores alérgicas al medio de contraste deben medicarse previamente, al menos 12 horas antes del estudio. Por favor, contacte a nuestro departamento de programación de citas para instrucciones de medicación previa al 312-413-4900. Si el paciente tiene un historial de reacción moderada a severa al contraste, contacte al radiólogo al mismo número.