

**RADIOLOGY PROCEDURE ORDER FORM**

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

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

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

<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Nuclear Medicine <input type="checkbox"/> IR/Angiography <input type="checkbox"/> X-Ray <input type="checkbox"/> Fluoroscopy <input type="checkbox"/> PET/CT <b>Mammography</b> <input type="checkbox"/> Screening <input type="checkbox"/> Diagnostic* <small>*Breast ultrasound may be done at the discretion of the radiologist</small> <b>Ultrasound</b> <input type="checkbox"/> Scrotum with Doppler <input type="checkbox"/> Pelvis – Trans Abdominal, Transvaginal, Doppler <input type="checkbox"/> Vascular <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"/> Do we have permission to give IV or PO contrast? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>If no, stop here. If yes, continue with questions below.</i> <b>Does the patient have any of the following risk factors?</b> Hypertension, diabetes, kidney disease, family history of kidney failure, recent kidney surgery, or age > 60 years <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, must have SCr and GFR: <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 _____ Patient on dialysis? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If yes, what kind? Hemodialysis <input type="checkbox"/> Peritoneal dialysis <input type="checkbox"/> <b>MRI / MRA: For GFR &lt;30 or dialysis, informed consent required.</b> <b>Please consult the radiologist prior to scheduling.</b> <hr/> Does patient have <b>contrast allergy</b> ? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If yes, what kind of contrast is the patient allergic to? MRI <input type="checkbox"/> Iodine <input type="checkbox"/> <i>If patient has contrast allergy, contact Radiology at number listed below.</i> Does patient have asthma? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> List other allergies:  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)**

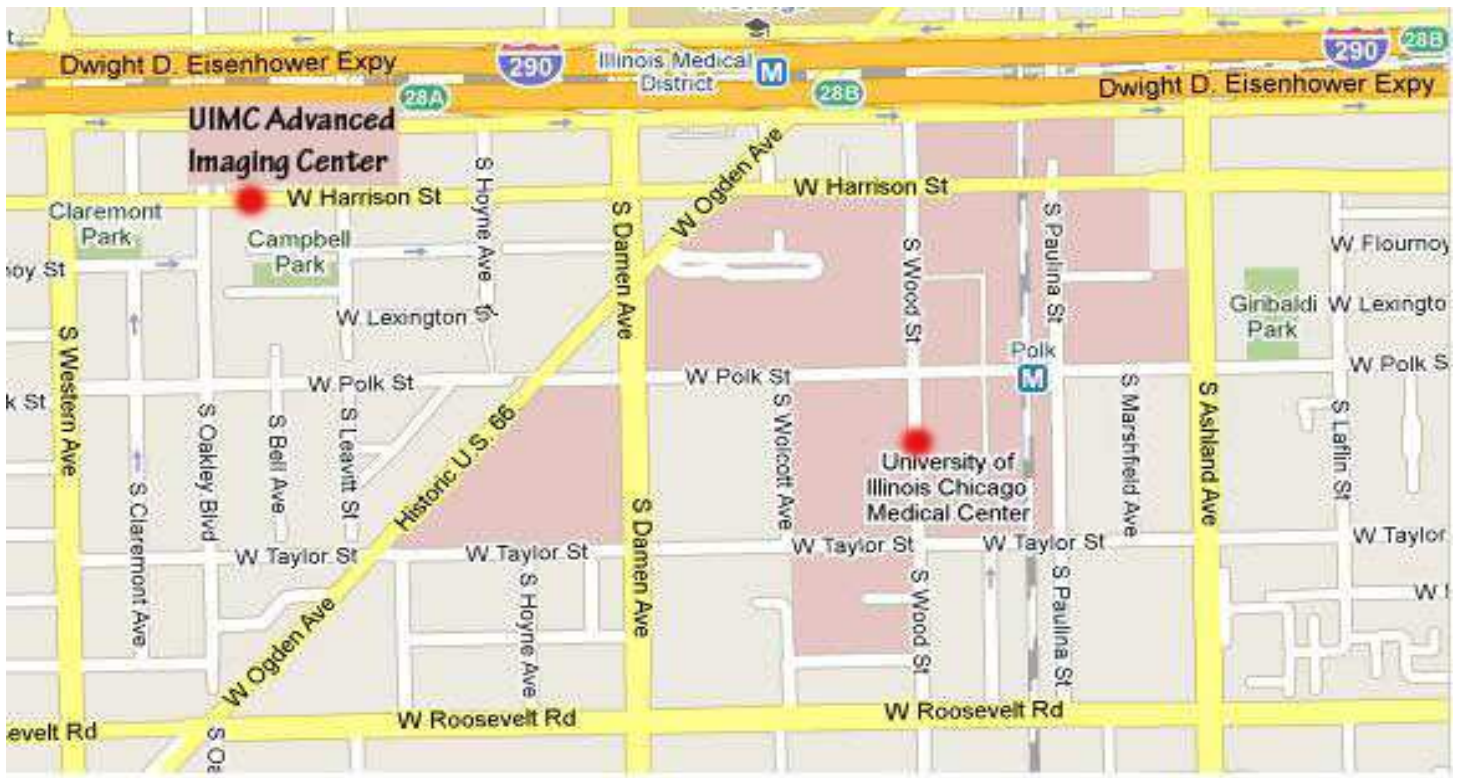
Angiography or Interventional Radiology Scheduling: 312-413-3737 or 312-996-0241

Fax 312-996-8154 www.uillinoismedcenter.org/imaging

Please refer to the other side for directions and instructions

UI-3335S (01/11)





## Transporte público

UIMC cuenta con los servicios del tren de la Línea Rosa de la Compañía CTA trains ("E1") (parada Polk), que conecta el campus con el centro de la ciudad, O'Hare International Airport, los vecindarios del noroeste y este de Chicago y los suburbios del oeste y de Oak Park, Forest Park y Cicero.

## Instrucciones para el paciente/médicos:

Por favor, llegue 30 minutos antes de la hora de la cita para realizar el papeleo y/o registro. Hay estacionamiento con descuento en los garajes de estacionamiento cerca del Hospital y del Centro de Cuidados Ambulatorios (*Outpatient Care Center* u OCC).

**Mamografía:** Las Pacientes que se hayan realizado una mamografía en otras instalaciones deben traer sus placas. Háganos saber si el paciente cuenta con antecedentes de cáncer de mama para que se lleven a cabo las pruebas adecuadas. Por favor, no use desodorante, loción o perfume el día del examen.

**Imágenes por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés):** Podemos proporcionar servicios a pacientes de hasta 400lbs. (180 k) No podemos realizar una MRI en pacientes con marcapasos. Por favor, infórmenos si el paciente tiene algún implante de metal (grapa de aneurisma, grapa quirúrgica, endoprótesis, etc.), sufre de claustrofobia o si trabajó con metales. Por favor, trate de usar ropa cómoda sin cremalleras o broches.

**Ultrasonido:** No coma ni beba nada durante 8 horas antes de someterse un ultrasonido abdominal. Los pacientes deben tener la vejiga llena para poder realizar un ultrasonido pélvico.

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

**Tomografía Computarizada (CT), por sus siglas en inglés** Podemos proporcionar servicios a pacientes de hasta 450lbs. (200 k) No coma ni beba nada durante 4 horas antes del procedimiento de CT abdominal y pélvica excepto los medicamentos con un sorbo de agua. La ingestión de metformina y sus derivados (por ejemplo: Glucophage) se debe suspender 48 horas antes del estudio si éste incluye la administración de un medio de contraste

**Sedación:** Un adulto debe acompañar al paciente que requiere sedación. No coma ni beba nada durante 6 horas antes del procedimiento excepto los medicamentos con un sorbo de agua.

**Alergias:** Los Pacientes alérgicos al medio de contraste deben medicarse con anticipación. Comuníquese con nuestro departamento de programación para conocer las instrucciones de premedicación.