

# COTTRELLE DIAGNOSTIC IMAGING & VASCULAR LAB

10 COTTRELLE BLVD., UNIT 202 | TEL:905-794-0626  
BRAMPTON, ON L6S 0E2 | Fax: 905-794-4777

**We Accept Walk-ins**  
**First Come First Served Basis**

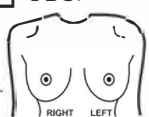
Appointment Date: \_\_\_\_\_  
Time: \_\_\_\_\_  AM  PM

Last Name: _____		First Name: _____	
D.O.B: _____	Telephone: _____	Health Card # _____	Version: _____
Address: _____		City: _____	Postal Code: _____

## X-Ray (No Appointment)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Chest</b><br><input type="checkbox"/> Chest (PA & Lat)<br><input type="checkbox"/> Chest VISA<br><input type="checkbox"/> Ribs <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R<br><input type="checkbox"/> Sternum<br><input type="checkbox"/> St.Clavicular Jts. | <b>Head &amp; Neck</b><br><input type="checkbox"/> Skull<br><input type="checkbox"/> Sinuses<br><input type="checkbox"/> Adenoids<br><input type="checkbox"/> Soft Tissues of Neck<br><input type="checkbox"/> Mastoids<br><input type="checkbox"/> Facial Bones<br><input type="checkbox"/> Nasal Bone<br><input type="checkbox"/> Orbits<br><input type="checkbox"/> Mandibles<br><input type="checkbox"/> T.M. Joints             | <b>Spine &amp; Pelvis</b><br><input type="checkbox"/> Cervical Spine<br><input type="checkbox"/> Thoracic Spine<br><input type="checkbox"/> Scoliosis Series<br><input type="checkbox"/> Lumbar Spine<br><input type="checkbox"/> S.I. Joints<br><input type="checkbox"/> Sacrum & Coccyx<br><input type="checkbox"/> Pelvis & Hips <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R<br><input type="checkbox"/> Pelvis (IUCD Type)<br><input type="checkbox"/> Pelvis & Sl. Jts.<br><input type="checkbox"/> Lumbar Sp. Pelvis & Sl. Jts.  |
| <b>Abdomen</b><br><input type="checkbox"/> Plain Film (K.U.B.)<br><input type="checkbox"/> Acute (2 or more)   | <b>Lower Extremities</b><br><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Ankle<br><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Foot<br><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Os Calsis<br><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Toe 1 2 3 4 5<br><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Femur<br><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Tibia & Fib. | <b>Upper Extremities</b><br><input type="checkbox"/> A.C. Joints<br><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Shoulder<br><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Clavicle<br><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Scapula<br><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Humerus<br><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Elbow<br><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Forearm<br><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Wrist<br><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Hand<br><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Fingers 1 2 3 4 5 |
| <b>Skeletal Survey</b><br><input type="checkbox"/> Metastatic series<br><input type="checkbox"/> Rheumatologic<br><input type="checkbox"/> Arthritic series<br><input type="checkbox"/> Bone Age   | <b>Lower Extremities (KNEES)</b><br><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Knee<br><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R AP Standing<br><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Lateral Skyline Views   |  |

## MAMMOGRAPHY & BREAST IMAGING

- MAMMOGRAPHY (By Appointment only)  
 Please Bring Previous Film for Comparison  
 BREAST ULTRASOUND  L  R  
 We Are **CAR**  OBSP  
 Accredited Facility For OBSP  
 Please Do Not Use Deodrant Before Examination
- 

## BONE DENSITY

- (By Appointment only)  
 Baseline (First Time Only)  
 Follow up: 3 Years (Second Time Only)  
 LOW RISK: 5 Years (Third Time or More)  
 HIGH RISK: Yearly (Osteoporosis Or Under Treatment)  
 Date of previous scan \_\_\_\_\_

## VASCULAR ULTRASOUND

- CAROTID  
 RENAL VASCULAR  
 ABI  
 ARTERIAL EXTREMITY ARM  L  R  
 LEG  L  R  
 VENOUS EXTREMITY ARM  L  R  
 LEG  L  R  
 RULE-OUT DVT  
 AAA (Abdominal Aorta Screening)

## Ultrasound (By Appointment & Walk-ins\*)

(\*First Come First Basis)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <b>ABDOMEN</b><br><input type="checkbox"/> Complete<br><input type="checkbox"/> Limited<br><input type="checkbox"/> Kidney / Bladder   | <input type="checkbox"/> PELVIS - FEMALE<br><input type="checkbox"/> Transvaginal<br><input type="checkbox"/> PROSTATE STUDY<br>• Trans Abdominal Study<br>• Transrectal Study   | <b>NECK</b><br><input type="checkbox"/> Thyroid<br><input type="checkbox"/> Neck Mass |
| <b>MUSCULOSKELETAL</b><br><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Shoulder<br><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Elbow<br><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Wrist & Hand<br><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Leg<br><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Knee<br><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Ankle<br><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Archilles Tendon<br><input type="checkbox"/> Other Muscle | <b>OBSTETRICS</b><br><input type="checkbox"/> OB Dating (<18 WKS)<br><input type="checkbox"/> OB Routine (18-20 WKS)<br><input type="checkbox"/> OB High Risk<br><input type="checkbox"/> Biophysical Profile<br><input type="checkbox"/> NT SCAN (IPS)<br><input type="checkbox"/> SCROTUM<br><input type="checkbox"/> HERNIA<br><input type="checkbox"/> OTHER SOFT TISSUE |   |

**DECLARATION**

I Declare that I am not Presently Pregnant  
 The Procedure for which I have come to the Facility has been explained to me and I give My Consent for this

(BRAMPTON WEST)  
 Call For Appointments or Walk-In  
 Our OBSP Facility At:  
 400 Queen Street West, 2nd Floor  
 Brampton, Ontario L6X 1B3  
 Tel: 905-454-3173

This requisition form can be taken to any licensed facility providing healthcare services including hospitals and IHFs, such as those listed on the IHF Program website:  
<http://www.health.cov.on.ca/en/public/programs/ihs/facilities.aspx>

Other Examination or Views: \_\_\_\_\_

Clinical Information: \_\_\_\_\_

Referred By: \_\_\_\_\_ M.D. \_\_\_\_\_ Copy to: DR. \_\_\_\_\_

Verbal: \_\_\_\_\_ Tel / Fax: \_\_\_\_\_

**Please Bring Health Card and This Requisition, 24 hours earlier notice is required for any change in appointment.**  
 Patients late by 10 minutes for their Appointment might have to be rescheduled for a later time and date. See back page for Map and Hours of Operations.

**Thank You !**

# ULTRASOUND PREPARATIONS

## ABDOMEN

Nothing to eat or drink 6 hours before exam.

**NO BREAKFAST, NO WATER,  
NO GUM OR CANDY**

## ABDOMEN PLUS PELVIS

Nothing to eat 6 hours before exam.

Follow instructions for Pelvic Ultrasound

## OBSTETRICAL, PELVIS, KIDNEYS / BLADDER.

**FULL BLADDER** is required for this examination

Drink 5 large glasses (40 oz or 1.3 litres)

to be finished 1 hour before examination

Please DO NOT empty bladder after

drinking.

## PROSTATE STUDY: (transrectal study)

Dulcolax Suppository inserted rectally 2 hours before examination

**FULL BLADDER** is required for this examination

Drink 5 large glasses (40 oz or 1.3 litres) of

water and finish 1 hour before examination

Please DO NOT empty bladder after drinking

## BONE DENSITY

Please wear two piece outfit with no metal or zippers.

## MAMMOGRAM

■ No deodorant, powder or perfume.

■ Please wear two piece outfit.

**PLEASE BRING ANY PREVIOUS MAMMO FILMS TO YOUR APPOINTMENT FOR COMPARISON PURPOSES**

## 1. G.I. SERIES:

NOTHING TO EAT OR DRINK AFTER MIDNIGHT.

NO BREAKFAST OR DRINK.

## 2. SMALL BOWEL STUDY:

NOTHING TO EAT OR DRINK AFTER SUPPER 6:00 PM.

NO BREAKFAST OR DRINK.

## ਅੱਲਟ੍ਰਾ ਸਾਊਂਡ ਦੀ ਜਾਂਚ ਦੀ ਤਿਆਰੀ ਪੇਟ

ਜਾਂਚ ਤੋਂ 6 ਘੰਟੇ ਪਹਿਲਾਂ ਕੁਝ ਖਾਣਾਂ ਅਤੇ ਪੀਣਾ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਨਾਸ਼ਤਾ ਜਾਂ ਪਾਣੀ, ਕੁਝ ਵੀ ਨਹੀਂ

## ਪੇਟ ਅਤੇ ਪੇਡੂ ਸੰਬੰਧੀ

ਜਾਂਚ ਤੋਂ 6 ਘੰਟੇ ਪਹਿਲਾਂ ਕੁਝ ਖਾਣਾਂ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਪੇਡੂ ਦੇ ਅੱਲਟ੍ਰਾ ਸਾਊਂਡ ਦੀ ਹਦਾਇਤਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਕਰੋ।

## ਜਣੇਪੇ ਸੰਬੰਧੀ ਪ੍ਰਸਤੁਤੀ, ਪੇਡੂ ਸੰਬੰਧੀ, ਗੁਰਦਾ/ ਮਸਾਨਾ (ਬਲੈਡਰ)

ਇਸ ਜਾਂਚ ਲਈ ਪੂਰਾ ਬਲੈਡਰ ਭਰਿਆ ਹੋਣਾ ਚਾਹਿਦਾ ਹੈ

ਜਾਂਚ ਤੋਂ 1 ਘੰਟਾ ਪਹਿਲੋਂ 5 ਗਲਾਸ ਪਾਣੀ ਦਾ ਪੀਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ

(40 Oz ਜਾਂ 1.3 ਲੀਟਰ)

ਕਿਰਪਾ ਪਾਣੀ ਪੀਣ ਤੋਂ ਬਾਦ ਬਲੈਡਰ ਖਾਲੀ ਨਾ ਕਰੋ

## ਪ੍ਰਾਸਟੇਟ ਗ੍ਰੰਥੀ : (ਮਲ-ਦੁਆਰ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦਾ ਨਿਰੀਖਣ)

Dulcolax ਬਤੀ ਨੂੰ 2 ਘੰਟੇ ਪਹਿਲਾਂ ਮਲ-ਦੁਆਰ ਵਿਚ ਰੱਖਣਾ

ਇਸ ਜਾਂਚ ਲਈ ਬਲੈਡਰ ਪੂਰਾ ਭਰਿਆ ਹੋਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ

ਜਾਂਚ ਤੋਂ 1 ਘੰਟਾ ਪਹਿਲੋਂ 5 ਗਲਾਸ ਪਾਣੀ ਦਾ ਪੀਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ

(40 Oz ਜਾਂ 1.3 ਲੀਟਰ)

ਕਿਰਪਾ ਪਾਣੀ ਪੀਣ ਤੋਂ ਬਾਦ ਬਲੈਡਰ ਖਾਲੀ ਨਾ ਕਰੋ

## ਬੋਨ ਡੈਨਸਿਟੀ

ਕਿਰਪਾ ਦੁਹਿਰੀ ਪੁਸ਼ਾਕ ਪਹਿਨੋ - ਧਾਤ ਦਾ ਜ਼ਿਪਰ ਨਹੀਂ ਹੋਣਾ ਚਾਹਿਦਾ

## ਕਿਰਮੈਮੋਗਰਾਮ

ਕੋਈ ਦੁਰਗੰਧ-ਨਾਸ਼ਕ, ਪਾਊਡਰ ਜਾਂ ਸੈਂਟ ਨਾ ਲਗਾਉ

ਕਿਰਪਾ ਦੁਹਿਰੀ ਪੁਸ਼ਾਕ ਪਹਿਨੋ

ਕਿਰਪਾ ਮੈਮੋਗਰਾਮ ਦੀਆਂ ਪਹਿਲੀਆਂ ਫਿਲਮਾਂ ਨਾਲ ਜ਼ਰੂਰ ਲਿਆਉ

## 1. ਜੀ -੧ ਸੀਰੀਜ਼:

ਅੱਧੀ ਰਾਤ ਤੋਂ ਬਾਦ ਕੁਝ ਵੀ ਖਾਣਾ-ਪੀਣਾ ਨਹੀਂ ਹੈ

ਨਾਸ਼ਤਾ ਜਾਂ ਕੁਝ ਵੀ ਪੀਣਾ ਨਹੀਂ ਹੈ।

## 2. ਆਂਦਰ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੀ ਨਿਰੀਖਣ :

ਰਾਤ ਦੇ ਖਾਣੇ (ਸ਼ਾਮ 6:00 ਵਜੇ) ਤੋਂ ਬਾਦ ਕੁਝ ਵੀ ਖਾਣਾਂ

ਪੀਣਾ ਨਹੀਂ ਹੈ ਨਾਸ਼ਤਾ ਜਾਂ ਕੁਝ ਵੀ ਪੀਣਾ ਨਹੀਂ ਹੈ।

**WORKING HOURS**

**MONDAY TO THURSDAY**  
9:00AM TO 6:00PM

★

**FRIDAY**  
9:00AM TO 5:00PM

★

**SATURDAY**  
8:00AM TO 2:00PM

	BOVAIRD DRIVE E.	CASTLEMORE RD.	
TORBRAM RD	AIRPORT ROAD	10 COTTRELLE BVLD. X-RAY & ULTRASOUND (2nd Floor)	DWYER DR. HUMBERWEST PKWY
	N. PARK DR.	COTTRELLE BLVD.	N
		WILLIAMS PARKWAY	

**ਕੰਮ ਦਾ ਸਮਾਂ**

ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਵੀਰਵਾਰ

ਸਵੇਰ 9 ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 6 ਵਜੇ ਤਕ

★

ਸ਼ੁਕਰਵਾਰ

ਸਵੇਰ 9 ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 5 ਵਜੇ ਤਕ

★

ਸ਼ਨਿਵਾਰ

ਸਵੇਰ 8 ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 2 ਵਜੇ ਤਕ