

Blank boxes for patient information entry.

患者姓氏 PATIENT LAST NAME 患者全名 PATIENT FULL FIRST NAME 今天的日期 TODAY'S DATE 出生日期 DATE OF BIRTH

临床适应症/体征/症状 (未排除):

CLINICAL INDICATIONS/SIGNS/SYMPTOMS (NOT RULE/OUT):

ICD-10:

Blank boxes for physician signature and name.

医生签名 (必填)

PHYSICIAN SIGNATURE (REQUIRED)

医生的姓名 (打印或盖章)

PHYSICIAN NAME (PRINTED OR STAMPED)

医生的地址

PHYSICIAN ADDRESS

患者 PATIENTS:

电话预约 用手机拍下这张表格及文字, 或发送电子邮件至RX@ZPRAD.COM

CALL TO MAKE AN APPOINTMENT

TAKE A CELL PHONE PHOTO OF THIS FORM AND TEXT OR EMAIL IT TO RX@ZPRAD.COM

MRI (磁共振成像)

3T宽口径 3T Wide-Bore 1.5T宽口径 1.5T Wide-Bore

1.2 开放式 1.2 Open-Sided

3T宽口径或1.5T宽口径 Either 3T or 1.5T Wide-Bore

使用及未使用造影剂 With & without contrast 未使用造影剂 No contrast

采用静脉镇静 With I.V. sedation

神经/ENT (耳鼻喉) / 脊椎

- 大脑 Brain
眼眶 Orbits
脑垂体 Pituitary
内听道 IAC
颈椎 Cervical spine
胸椎 Thoracic spine
腰椎 Lumbar spine
骶骨/尾骨 Sacrum/coccyx
脑脊液流量 CSF Flow
弥散张量成像 DTI
灌注成像 Perfusion
磁共振波谱分析 MR spectroscopy
颞下颌关节 TMJ
颈部/腮腺软组织 Soft tissue neck/parotid

磁共振血管成像 MRA

- 颈动脉磁共振血管成像 Carotid MRA
颅内/脑底动脉环 Intracran/circle of Willis
颅内/磁共振静脉造影片 Intracran/MR venogram
磁共振静脉造影片 MR venogram
详细说明 Specify
NOVA
颈动脉 Carotid
主动脉弓 Aortic arch
仅腹主动脉 Abdominal aorta only
肾动脉 Renal arteries
肠系膜动脉 Mesenteric arteries
主动脉/下肢 Aorta/lower extremities

胸部和身体 Chest & Body

- 胸部 Chest
乳腺磁共振成像 Breast MRI
心脏磁共振成像 Cardiac MRI
功能 Function 存活 Viability
纵隔膜 Mediastinum
臂神经丛 Brachial plexus
锁骨/胸锁关节 Clavicle/sc joint
肩胛 Scapula
胸骨 Sternum
胸廓出口 Thoracic outlet
腹部 Abdomen
详细说明 Specify
骨盆 Pelvis
临产骨盆/磁共振排粪造影术 Dynamic pelvis/MR defogram
前列腺 Prostate
小肠造影 Enterography
磁共振胰胆管成像 MRCP
直肠磁共振成像 Rectal MRI
其它 Other

骨科 Orthopedic

- 肩膀 Shoulder 右 R 左 L
上臂 Upper arm 右 R 左 L
肘部 Elbow 右 R 左 L
前臂 Forearm 右 R 左 L
腕关节 Wrist 右 R 左 L
手 Hand 右 R 左 L
手指 Finger 右 R 左 L
详细说明 Specify
骨盆 Pelvis 右 R 左 L
臀部 Hip 右 R 左 L
大腿 Thigh 右 R 左 L
膝盖 Knee 右 R 左 L
小腿 Lower leg 右 R 左 L
踝关节 Ankle 右 R 左 L
脚 Foot 右 R 左 L
脚趾 Toe 右 R 左 L
软骨图 Cartilage mapping
磁共振关节造影 MR arthrogram
详细说明 Specify

数字化乳腺X线摄影与计算机辅助诊断 Digital Mammography with CAD

采用三维乳腺断层融合 With 3D Breast Tomosynthesis

请根据乳腺X线需求, 预约乳房超声波检查。 Please schedule breast sonogram appointment if needed based on the mammogram.

普查 (无明显发现/症状) Screening (no palpable finding or symptoms) 双侧 Bilateral 右 Right 左 Left

诊断 - 必须选择理由 Diagnostic - Must select reason(s) 双侧 Bilateral 右 Right 左 Left

- 额外诊断图像 Additional diagnostic views
短期跟进 Short term follow up
出现新肿块或增厚 New lump, mass or thickening
原来的肿块变大 Old lump or mass increased in size
新的乳头溢液 New nipple discharge
新的乳头内陷 New inverted nipple
皮肤变化 (凹陷、发红或乳房异常增大) Skin changes (dimpling, redness or abnormal increase in breast size)
淋巴结病 Lymphadenopathy
目前使用他莫昔芬、弗隆或瑞宁得 Current use of Tamoxifen, Femara or Arimidex

超声检查 Ultrasound

- 乳腺 Breast 双侧 Bilateral 右 R 左 L
甲状腺 Thyroid
阴囊/睾丸 Scrotal/testicular
经直肠前列腺 Transrectal prostate
骨盆 (女生生殖器造影术) Pelvis (GYN)
经腹 Transabdominal
经阴道 Transvaginal
经腹/经阴道 Transabdominal/Transvaginal
宫腔超声造影 Hysterosonogram
孕期产检 Obstetrical
腹部 Abdomen
仅主动脉 Aorta only
腹膜后腔 Retroperitoneum (肾/膀胱) (Renal/Bladder)

血管 Vascular

- 颈动脉多普勒 Carotid doppler
静脉多普勒 Venous doppler 下肢 Lower extremity 右 R 左 L 双侧 Bilateral
动脉多普勒 Arterial doppler 下肢 Lower extremity 右 R 左 L 双侧 Bilateral
上肢 Upper extremity 右 R 左 L 双侧 Bilateral
肾动脉多普勒 Renal arterial doppler

其他 Other

荧光透视 Fluoroscopy

- 食管X线片 Esophagram
上消化道造影 (包括食管X线片) UGI (includes esophagram)
上消化道造影及小肠钡剂摄影 UGI & small bowel series
仅小肠钡剂摄影 Small bowel series only
胃束带 Lap band
子宫输卵管造影片 Hysterosalpingogram
其他 Other

计算机断层扫描 CT

- 使用造影剂 With Contrast 未使用造影剂 Without Contrast 使用及未使用造影剂 With & Without Contrast
 仅口服造影剂 Oral Contrast Only 仅静脉注射造影剂 IV Contrast Only
 口服及静脉注射造影剂 Oral & IV Contrast

计算机断层扫描血管造影 CT Angiography

- 心脏冠脉计算机断层扫描血管造影
兼钙化积分 (需要使用造影剂)
CTA Coronary artery CTA w/ calcium scoring (needs contrast)
 胸部计算机断层扫描血管造影/肺栓塞 Chest CTA/PE
 仅钙化积分 Calcium scoring only
 计算机断层扫描血管造影片 (需要使用造影剂)
CT angiogram (needs contrast)
 颅内 Intracranial
 颈动脉 Carotid
 主动脉弓/胸主动脉 Aortic arch/thoracic aorta
 肾 Renal
 下肢血流变化 Lower extremity run off

神经/耳鼻喉 Neuro/ENT

- 大脑 Brain
 眼眶 Orbits
 颞骨 Temporal bones
 鼻窦 Paranasal sinuses
 颈部软组织 Soft tissues neck

肌肉骨骼 Musculoskeletal

- 关节 Joint 详细说明 Specify _____
 四肢 Extremity 详细说明 Specify _____
 扫描图 Scanogram

脊柱 Spine

- 颈椎 Cervical
 胸椎 Thoracic
 说明水平 Specify levels _____
 腰 Lumbar
 骶骨/尾骨 Sacrum/coccyx

身体 Body

- 肾结石 Stone hunt
 血尿 Hematuria
 仅胸部 Chest only
 颈部/胸部/腹部/骨盆软组织
Soft tissues neck/ chest/ abdomen/pelvis
 仅颈部软组织 Soft tissues neck only
 胸部/腹部/骨盆 Chest/abdomen/pelvis
 腹部/骨盆 Abdomen/pelvis
 小肠造影 Enterography
 仅腹部 Abdomen only
 仅骨盆 Pelvis only
 三相肝脏 Triple phase liver
 其他 Other _____

核医学 Nuclear Medicine

- 骨骼扫描 Bone scan
 如需要, 进行单光子发射计算机化断层显像
Add SPECT if needed
 全身显像 Whole body
 骨三相显像 3 phase
 区域 Region _____
 心脏 Cardiac
 心肌灌注应激研究 Myocardial perfusion stress study
 通过跑步/运动 With treadmill/ exercise
 通过药物 With pharm. agent
 多层放射性核素血管造影 (门控血池)
MUGA (gated blood pool)
 甲状腺 Thyroid
 吸收及扫描 Uptake & scan
 碘-131治疗 I-131 treatment
 剂量 Dose _____
 HIDA/DISIDA
 通过胆囊收缩素 With cholecystokinin
 肾 Renal
 通过利尿剂进行清除 With lasix washout
 DTPA 促排灵
 甲状旁腺 Parathyroid
 胃排空 Gastric emptying
 其他 Other _____

介入活组织检查 Interventional Biopsy

- 甲状腺 Thyroid 肺 Lung 肝 Liver
 超声引导下进行乳腺细针抽吸指明区域 US Breast FNA
 指明区域 Specify Region _____
 超声引导下进行核心活检 (包括术后乳腺)
US Core Biopsy (includes post procedure mammo)
 指明区域 Specify Region _____
 立体定向活检 (包括术后乳腺)
Stereotactic Biopsy (includes post procedure mammo)
 指明区域 Specify Region _____
 首先进行靶向超声。如果发现病变, 则在超声引导下进行活检
Perform targeted US first, if lesion identified, biopsy under US
 磁共振成像引导下进行乳腺活检1 指明区域 MRI Breast Biopsy 1
 指明区域 Specify Region _____
 首先进行靶向超声。如果发现病变, 则在超声引导下进行活检
Perform targeted US first, if lesion identified, biopsy under US
 其他 Other _____

正电子发射计算机断层扫描/计算机断层扫描 PET/CT

- 如需要, 使用计算机断层扫描静脉注射造影剂
Add CT intravenous contrast if needed
 正电子发射计算机断层扫描/计算机断层扫描授权号码:
PET/CT Auth#: _____
 78608 脑部正电子发射计算机断层扫描 Brain PET
 78815 颅底至大腿中部
Base of skull to mid thigh
 78816 头顶部至脚趾 (黑色素瘤治疗方案)
Top of head to toes (melanoma protocol)
 其他: Other: _____

磁共振成像/正电子发射计算机断层扫描 MRI/PET

- 如需要, 使用磁共振成像静脉注射造影剂
Add MR intravenous contrast if needed
 正电子发射计算机断层扫描授权号码:
PET Only Auth#: _____
 78608 脑部正电子发射计算机断层扫描 Brain PET
 78812 头顶至大腿中部
Top of head to mid thigh
 78813 头顶部至脚趾 (黑色素瘤治疗方案)
Top of head to toes (melanoma protocol)
 附加磁共振成像 身体部位
With additional MRI Body region: _____
 磁共振成像授权 MRI Auth#: _____

数字化X射线 患者可在线打印登记表 Digital X-RAY Patients can print registration forms online

- | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------------|-------------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 头盖骨 Skull | <input type="checkbox"/> 腰椎 L spine | <input type="checkbox"/> 骨龄 Bone age | <input type="checkbox"/> 腕关节 Wrist | <input type="checkbox"/> 右 R <input type="checkbox"/> 左 L | <input type="checkbox"/> 胫骨/腓骨 Tibia/fibula | <input type="checkbox"/> 右 R <input type="checkbox"/> 左 L |
| <input type="checkbox"/> 眼眶 Orbits | <input type="checkbox"/> 骶骨 Sacrum | <input type="checkbox"/> 肋骨 Ribs | <input type="checkbox"/> 手 Hand | <input type="checkbox"/> 右 R <input type="checkbox"/> 左 L | <input type="checkbox"/> 踝关节 Ankle | <input type="checkbox"/> 右 R <input type="checkbox"/> 左 L |
| <input type="checkbox"/> 面颊骨 Facial bones | <input type="checkbox"/> 胸部 Chest | <input type="checkbox"/> 肩膀 Shoulder | <input type="checkbox"/> 手指 Fingers | <input type="checkbox"/> 右 R <input type="checkbox"/> 左 L | <input type="checkbox"/> 脚 Foot | <input type="checkbox"/> 右 R <input type="checkbox"/> 左 L |
| <input type="checkbox"/> 鼻骨 Nasal bones | <input type="checkbox"/> 腹部 (阑尾/输尿管)
F/U abdomen | <input type="checkbox"/> 肱骨 Humerus | <input type="checkbox"/> 臀部 Hips | <input type="checkbox"/> 右 R <input type="checkbox"/> 左 L | <input type="checkbox"/> 脚趾 Toes | <input type="checkbox"/> 右 R <input type="checkbox"/> 左 L |
| <input type="checkbox"/> 颈椎 C spine | <input type="checkbox"/> 腹部 (肾、输尿管和膀胱)
KUB abdomen | <input type="checkbox"/> 肘部 Elbow | <input type="checkbox"/> 大腿骨 Femur | <input type="checkbox"/> 右 R <input type="checkbox"/> 左 L | <input type="checkbox"/> 其他: Other: | _____ |
| <input type="checkbox"/> 胸椎 T spine | <input type="checkbox"/> 骨盆 Pelvis | <input type="checkbox"/> 前臂 Forearm | <input type="checkbox"/> 膝盖 Knee | <input type="checkbox"/> 右 R <input type="checkbox"/> 左 L | | |

双能X线骨密度 DXA Bone Density

