

RADIOLOGISTS:

DR. PHIL J. SWITZER INC
DR. CONNIE M. SIU INC.

Greig Associates

X-RAY, ULTRASOUND, BMD
& MAMMOGRAPHY INC.

ADDRESS:

5732 VICTORIA DRIVE
(Between 41st & 42nd Ave)
FREE PARKING AT REAR
TEL: 604 321-6774 FAX: 604 321-6626
www.greigassociates.com

MAMMOGRAM RT LT BOTH

ULTRASOUND RT LT BOTH

(Please specify targeted regions only as clinically indicated)

PATIENT'S NAME: _____ **DOB:** _____ **F** **M**

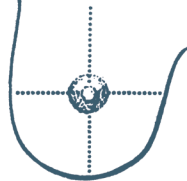
ADDRESS: _____ **TELEPHONE:** _____

MSP NUMBER: _____ **OTHER:** _____

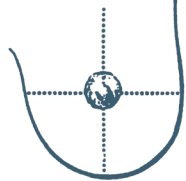
Clinical Indications:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> abnormal screening mammogram (6 mth f/u) | <input type="checkbox"/> suspicious lump/localized nodulation |
| <input type="checkbox"/> follow-up breast cancer | <input type="checkbox"/> discrete thickening |
| <input type="checkbox"/> unknown primary malignancy | <input type="checkbox"/> dimpling or contour deformity |
| <input type="checkbox"/> breast implants | <input type="checkbox"/> nipple discharge (colour) _____ |
| <input type="checkbox"/> localized pain or tenderness | <input type="checkbox"/> family history < 40 yrs
(not an indication for ultrasound) |

RIGHT



LEFT



Proceed to further imaging (mammography or targeted ultrasound) and ultrasound guided biopsy if indicated

APPOINTMENT:

DAY:
DATE:
TIME:

REFERRING DOCTOR:

NAME:
DR NUMBER:
CC:
DATE SIGNED:

INSTRUCTIONS ON THE REVERSE



By appointment only. There is a \$75 charge for any cancellation with less than 24-hour notice.

To the Patient

Your doctor has requested a mammogram which is a special x-ray of your breast(s). Modern mammography equipment is designed especially for this examination and produces only a minimum of radiation exposure. The examination is performed by specially trained technologists. During the examination your breasts will be moderately compressed to provide the best image. Please refrain from applying any deodorant on the day of the examination as it will prevent an optimal study. It would be best to wear a blouse or top that can be easily taken off. If you have any questions, phone 604-321-6774.

照乳部X光須知

您的家庭醫生要您照乳部X光,

新進的乳腺檢查機是特別為這項檢查而設計，只用最低量放射線完成檢查，檢查過程由專業技師負責，

照X光照片時須將乳房用力按平，

檢驗前不可在腋下擦防汗膏，

檢驗時最好穿上容易脫下之上裝，

如有任何疑問可來電查詢

電話：604-321-6774

ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਾਸਤੇ ਸੂਚਨਾ

ਤੁਹਾਡੇ ਡਾਕਟਰ ਨੇ ਤੁਹਾਡੀ ਬਰੈਸਟ ਦੇ ਸਪੈਸ਼ਲ ਟੈਸਟ ਵਾਸਤੇ ਇੰਤਜ਼ਾਮ ਕੀਤਾ ਹੈ। ਇਸ ਟੈਸਟ ਵਾਸਤੇ ਮਾਡਰਨ ਮਸ਼ੀਨ ਤਿਆਰ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ ਜਿਹੜੀ ਘੱਟ ਤੋਂ ਘੱਟ ਰੇਡੀਏਸ਼ਨ ਛੱਡਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਟੈਸਟ ਬਹੁਤ ਹੀ ਤਜਰਬੇਕਾਰ ਟੈਕਨੀਸ਼ੀਅਨ ਦੁਆਰਾ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਟੈਸਟ ਕਰਨ ਵੇਲੇ ਤੁਹਾਡੀ ਬਰੈਸਟ ਨੂੰ ਥੋੜ੍ਹਾ ਘੁੱਟਿਆ ਜਾਵੇਗਾ ਤਾਂ ਕਿ ਐਕਸਰੇ ਠੀਕ ਆ ਸਕਣ।

ਟੈਸਟ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਪਾਊਡਰ ਜਾਂ ਖੁਸ਼ਬੂ ਵਾਲੀ ਕੋਈ ਵੀ ਚੀਜ਼ ਨਾ ਲਗਾਉ ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਨਾਲ ਟੈਸਟ ਵਿਚ ਵਿਘਨ ਪੈ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਹਲਕੇ ਕੱਪੜੇ ਪਾ ਕੇ ਜਾਉ ਤਾਂ ਕਿ ਜਲਦੀ ਉਤਾਰੇ ਜਾ ਸਕਣ। ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਾਸਤੇ ਇਸ ਨੰਬਰ ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ 604-321-6774.