

DEMANDE D'EXAMEN AVEC RENDEZ-VOUS

MAMMOGRAPHIE –
CENTRE D'IMAGERIE DU SEIN (CDD-CRID)
HÔTEL-DIEU DE SHERBROOKE

Date de naissance			N° de dossier		
Année	Mois	Jour			
N° d'assurance maladie					
Nom à la naissance			Prénom		
Adresse					
Ville		Code postal		N° de téléphone	

ÉCHELLE DE PRIORITÉ CLINIQUE : Urgent (24-72 h) Semi-urgent : < 1 mois Électif
 Suivi en date du (année/mois/jour) : _____

Locomotion usager	Préventions des infections		
<input type="checkbox"/> Ambulant	<input type="checkbox"/> Contact	<input type="checkbox"/> Contact +	<input type="checkbox"/> Contact E
<input type="checkbox"/> Civière	<input type="checkbox"/> Aérienne	<input type="checkbox"/> Aérienne et contact	<input type="checkbox"/> Aérienne-contact-Oculaire
<input type="checkbox"/> Chaise roulante	<input type="checkbox"/> Gouttelettes	<input type="checkbox"/> Gouttelettes et contact	<input type="checkbox"/> Gouttelettes-contact-oculaire
	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Neutropénique	

Responsabilité de paiement

CNESST → Employeur : _____

SAAQ → Date évènement : _____

(année/mois/jour)

Télécopier la requête au 819 829-6276.
Le Service d'imagerie médicale communiquera avec l'utilisateur pour fixer le rendez-vous.

Mammographie

Mammographie de dépistage : Dépistage (50-69 ans) Dépistage (35-49 ans/70 ans et +)

Mammographie diagnostique : Diagnostique unilatérale → D G Diagnostique bilatérale

Examens complémentaires

Prothèses mammaires : Oui Non

Date de la dernière mammographie* : _____

(année/mois/jour)

*Si faite dans une autre installation, s'assurer de joindre le dernier rapport et les images de mammographie.



Cliché supplémentaires D G

→ Suivi PQDCS* : Oui Non *Programme québécois de dépistage du cancer du sein

Ponction de kyste D G

Drainage d'abcès mammaire D G

Biopsie mammaire D G

→ Prise d'anticoagulant(s) : Oui Non

Macro biopsie par aspiration D G

→ Prise d'anticoagulant(s) : Oui Non

Localisation à l'aiguille (harpon) D G

Marqueur(s) intramammaire(s) sans autre intervention D G

Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires

Identification du médecin référent et du point de service

Nom du médecin référent

N° permis

Ind. rég. N° de téléphone

N° de poste

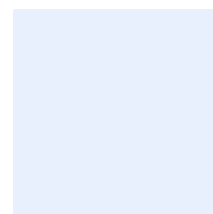
Ind. rég. N° de télécopieur

Nom du point de service

Signature

Date (année, mois, jour)

ESTAMPE



Médecin en copie conforme :

N° permis :