



DT9479

REQUÊTE D'EXAMEN RADIOLOGIQUE EN ÉCHOGRAPHIE MAMMAIRE

Nom et prénom de l'utilisateur			
N° d'assurance maladie		Année	Mois
		Expiration	
Nom et prénom du parent			
Ind. rég.	N° téléphone	Ind. rég.	N° téléphone (autre)
Adresse			
Code postal			

Attention : Voir les indications d'échographie mammaire au verso.

Condition(s) clinique(s)		Échelle de priorité clinique : B : < 10 jrs C : < 28 jrs D : < 3 mois (90 jrs)	
PREMIER EXAMEN (cocher la condition clinique appropriée sinon, l'inscrire dans la section « Autres »)			
Écho mammaire <input type="checkbox"/> Sein droit <input type="checkbox"/> Sein gauche <i>N.B. : La demande doit être faite seulement pour le côté ciblé</i>	<input type="checkbox"/> Suspicion d'abcès ou d'un cancer inflammatoire (peu importe l'âge) – Référer au CRID post épisode aigu	Référer au CRID ou à l'Urgence (pour écho de surface)	
	<input type="checkbox"/> Suspicion de cancer chez une femme de moins de 30 ans ou enceinte ou en période d'allaitement	B	
	<input type="checkbox"/> Forte suspicion de cancer chez une femme de 30 ans et plus <i>(Prérequis : Prescrire simultanément, mammographie diagnostique bilatérale si non faite < 6 mois)</i>	B	
	<input type="checkbox"/> Faible suspicion de cancer chez une femme de 30 ans et plus <i>(Prérequis : Prescrire d'abord mammographie diagnostique bilatérale si non faite < 6 mois)</i>	C	
	<input type="checkbox"/> Autre(s) condition(s) clinique(s), préciser : _____ <i>N.B. : La mastalgie seule n'est pas une indication reconnue. (voir verso)</i>	Priorité selon médecin référent :	
SUIVI (L'examen ne peut être demandé plus d'un an à l'avance)			
Examen(s) antérieur(s) pertinent(s) : _____			
Installation/point de services ayant réalisé l'examen antérieur : _____			
Date de réalisation : _____			
Écho mammaire <input type="checkbox"/> Sein droit <input type="checkbox"/> Sein gauche	Condition clinique : <input type="checkbox"/> Suivi d'une lésion documentée (même modalité d'imagerie), spécifier : _____ <input type="checkbox"/> Caractérisation d'une lésion vue dans une autre modalité d'imagerie, spécifier : _____ <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____		Priorité clinique ou date ciblée
Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires			
Besoins spéciaux :			
Identification du médecin référent et du point de service			Estampe
Nom du médecin référent		N° de permis	
Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	
Ind. rég.	N° de télécopieur		
Nom du point de service			
Signature	Date (année, mois, jour)		
Médecin de famille : <input type="checkbox"/> Idem au médecin référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille			Référence nominative (si requis) Si vous désirez une référence nominative à un point de service ou installation, spécifier :
Nom du médecin de famille			
Nom du point de service			

LES INDICATIONS DE L'ÉCHOGRAPHIE MAMMAIRE

Comme premier examen pour le diagnostic de cancer du sein :

- ▶ Femme de 30 ans et moins avec :
 - Masse palpée (nouvelle ou progressive);
 - Écoulement mammaire pathologique (mono-orificiel, spontané, séreux ou sanglant).
- ▶ Masse palpée chez une patiente enceinte ou en période d'allaitement.

En complément à (APRÈS) la mammographie :

Femme de 30 ans et plus :

- ▶ Suspicion clinique de cancer avec mammographie normale : masse palpée, ulcération cutanée en surface, inversion ou rétraction nouvelle du mamelon, lésion exématoïde nouvelle du mamelon, rétraction cutanée ou déformation du sein, écoulement mammaire pathologique ou rougeur diffuse avec peau d'orange et, plus rarement, douleur **focale** persistante ou évolutive et non cyclique;
- ▶ Suspicion d'abcès;
- ▶ Mammographie anormale, sur recommandation du radiologiste.

En suivi :

- ▶ Sur recommandation du radiologiste, chez les patientes qui ont des lésions probablement bénignes et pour lesquelles on doit s'assurer de la stabilité sur une période de deux ans.

NOTE : Pour ces indications, une échographie unilatérale du côté atteint ou impliqué doit être demandée. L'échographie bilatérale est généralement non pertinente.

En dépistage :

- ▶ Chez les patientes présentant un risque très élevé de néoplasie (tel qu'un statut de porteur du gène BRCA1 ou BRCA2), et qui ne peuvent pas ou ne veulent pas subir une IRM de dépistage, l'échographie de dépistage peut être utilisée en complément à la mammographie¹.

L'échographie peut aussi être utilisée pour augmenter la détection de cancer dans certains cas où la densité mammaire est très élevée (D) chez les patientes avec une histoire familiale chargée de cancer du sein qui ne rencontrent pas les critères pour l'IRM¹. Cela devrait être discuté avec les patientes après recommandation du radiologiste et une évaluation du risque de cancer du sein.

L'ÉCHOGRAPHIE MAMMAIRE N'EST DONC PAS INDIQUÉE :

- Pour le suivi de kyste;
- Pour les douleurs mammaires uni ou bilatérales cycliques;
- Pour les douleurs mammaires non cycliques, mais diffuses;
- Pour les écoulements mammaires bilatéraux et pluri-orificiels;
- Pour les lésions décrites comme bénignes et/ou stables à la mammographie.

¹ *Recommandations sur l'utilisation de l'imagerie par résonance magnétique dans le diagnostic et le traitement du cancer du sein et pour la surveillance active chez les femmes à risque, 2016, 10 pages.*
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-902-19W.pdf>