



DT9604

REQUÊTE D'EXAMEN RADIOLOGIQUE EN MAMMOGRAPHIE (Âge minimal : 18 ans)

Attention : favoriser les protocoles de l'Accueil clinique
(si disponibles) avant de remplir ce formulaire

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			

Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires			
Type d'examen : <input type="checkbox"/> diagnostic (identifier les signes cliniques applicables dans la section Condition clinique) <input type="checkbox"/> dépistage hors PQDCS (utiliser processus habituel pour les participantes au PQDCS) <input checked="" type="checkbox"/> Renseignements cliniques complémentaires (dépistage):			
Région(s) anatomique(s) visée(s) pour l'examen : <input type="checkbox"/> Sein droit <input type="checkbox"/> Sein gauche			
Prothèse(s) mammaire(s) (cocher si applicable) : <input type="checkbox"/> Sein droit <input type="checkbox"/> Sein gauche Usager à mobilité réduite : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Condition(s) clinique(s) Échelle de priorité clinique : B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois (90 jrs)			
PREMIER EXAMEN (cocher les signes cliniques applicables)			
Diagnostique	<input type="checkbox"/> Femme enceinte ou qui allaite (Prérequis : rapport d'écho. suggérant poursuite de l'investigation en mammographie) <input type="checkbox"/> Femme < 30 ans (Prérequis : rapport d'écho. suggérant poursuite de l'investigation en mammographie) <input type="checkbox"/> Femme ≥ 30 ans <input type="checkbox"/> Homme		
	Sélectionner le(s) signe(s) clinique(s) applicable(s)		
	Masse palpée au sein (nouvelle ou progressive)		<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
	Écoulement mammaire pathologique (mono-orificiel, spontané, séreux, sanglant ou aqueux)		<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
	Changement de la forme du sein		<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
	Changement de la peau du sein (peau d'orange ou rétraction)		<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
Rétraction du mamelon		<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	
Eczéma du mamelon (persistant ou ulcération)		<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	
Masse axillaire d'origine indéterminée		<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	
Autres signes cliniques			<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
Si aucun des signes ci-dessus, préciser :			<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
Abcès ou suspicion de cancer inflammatoire Référer au CRID ou à l'Accueil clinique			
Dépistage	Dépistage* <input type="checkbox"/> Hors du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) * Utiliser processus habituel pour les participantes au PQDCS		
	SUIVI / EXAMEN DE CONTRÔLE		
<input type="checkbox"/> Suivi d'une lésion BI-RADS 3 (préciser date du diagnostic). Année (AAAA) : _____ Mois (MM) : _____ <input type="checkbox"/> Suivi post cancer du sein (préciser date du diagnostic). Année (AAAA) : _____ Mois (MM) : _____ <input type="checkbox"/> Caractérisation d'une anomalie vue dans une autre modalité , spécifier l'anomalie: <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____			
Date du dernier examen de suivi : Année (AAAA) : _____ Mois (MM) : _____ Délai(s) cible(s) suivant dernier examen : <input type="checkbox"/> 6 mois <input type="checkbox"/> 12 mois			
Examen(s) antérieur(s) pertinent(s) sont présent(s) au DSQ : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si non, joindre rapport à la requête) • Réalisé(s) localement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si non, préciser l'installation/point de services) : _____ • Date de réalisation : Année (AAAA) : _____ Mois (MM) : _____			

Nom et prénom de l'utilisateur	N° d'assurance maladie
--------------------------------	------------------------

Identification du référent et du point de service				Estampe
Nom du 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 / IPSPL ² : <input type="checkbox"/> Idem au référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille / IPSPL				Référence nominative (si requis)
Nom du médecin de famille / IPSPL				Si vous désirez une référence nominative à un point de service ou installation, spécifier :
Nom du point de service				
Nom du médecin en copie conforme		N° de permis	Nom du point de service	

¹ Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne