



DT138

DATE	CHAMBRE ET LIT	DOSSIER
NOM		
PRÉNOM		
DATE DE NAISSANCE	TÉLÉPHONE	
RAMQ	EXP	
Autre # téléphone (travail)		

DEMANDE D'EXAMEN
CENTRE DE RÉFÉRENCE POUR INVESTIGATION

Téléphone : 450 473-6811 poste 2210
Sans frais : 1 888 234-3837
Télécopieur : 450 473-2369

Hôpital de Saint-Eustache
Département de mammographie

520, boul. Arthur-Sauvé
Saint-Eustache (Québec)
J7R 5B1

Renseignements cliniques obligatoires:	Examen clinique	
	DROIT	GAUCHE
Prothèses mammaires : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Antécédents familiaux de cancer du sein : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

<input type="checkbox"/> Relecture de film		
<input type="checkbox"/> Échographie	<input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Mammographie diagnostique	<input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Mammographie de contrôle	<input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche
Clichés complémentaires		
<input type="checkbox"/> Localisé (spot / compression)	<input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Agrandi (magnifié)	<input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche
Biopsie		
<input type="checkbox"/> sous stéréotaxie ou échographie	<input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> macrobiopsie par aspiration	<input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche
Autres examens (Ponction de kyste, galactographie)	<input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche
_____ spécifier		

Veillez noter que le CRID poursuivra l'investigation de votre patiente jusqu'à la consultation chirurgicale, si nécessaire.
 Je désire assurer moi-même le suivi des résultats de ma patiente.

À l'usage du chirurgien
 Installation de harpon Droit Gauche | Localisation sur la peau Droit Gauche

Signature du médecin référent	No permis	Date de la consultation
--------------------------------------	-----------	--------------------------------

Pour prendre un rendez-vous :

- Veuillez nous faire parvenir la demande d'examen dûment signée par la poste à l'adresse indiquée à l'en-tête (à l'attention du service de mammographie) ou par **télécopieur** au (450) 473-2369 ou en la déposant directement au service de mammographie.
- À l'entête de cette requête, veuillez nous indiquer un numéro de téléphone où nous pourrions rejoindre la patiente entre 8h00 et 16h00 du lundi au vendredi.
- **Lors du rendez-vous et ce, pour tous les examens, il est obligatoire d'avoir les clichés antérieurs et rapports radiologiques des cinq (5) dernières années afin que votre examen soit effectué dans la meilleure condition sans quoi, nous devons reporter votre examen.**
- La journée de l'examen, ne pas mettre de déodorant ni de parfum; apporter un sac pour le rangement de vos vêtements et effets personnels.