

Mammographie

PRESCRIPTION D'EXAMEN OBLIGATOIRE

No Réquisition : _____

Agente adm : _____

Tech _____

Nom

Dossier

Téléphone

RAMQ

PRENDRE UN RENDEZ-VOUS AU 450-431-8270 AVANT DE VOUS PRÉSENTER.

L'ORIGINAL DE LA DEMANDE D'EXAMEN VOUS SERA DEMANDÉ LORS DE VOTRE RENDEZ-VOUS.

ACCÈS AU SERVICE

SUR PIED

FAUTEUIL
ROULANT

Rendez-vous le : _____

HOSPITALISÉ

Chambre _____

EXTERNE

CRID

PROVENANCE

URGENCE # _____

AUTRE : _____

Pour tous ces examens il est essentiel d'avoir les clichés antérieurs (5 dernières années)

8079 DÉPISTAGE – Aucune lésion ne suspecte

8049 DIAGNOSTIQUE - Renseignements

- Masse palpable
- Douleur récente
- Néoplasie mammaire antérieure
- Écoulement mamelonnaire
Couleur _____

Antécédents familiaux

Microcalcifications

Contrôle au _____ mois

Clichés complémentaires _____

Localisé agrandi

D G

8333 ÉCHOGRAPHIE DU SEIN

D G

94721 BIOPSIE DU SEIN SOUS ECHO

D G

0561 BIOPSIE DU SEIN SOUS STEREO

D G

0561T BIOPSIE SEIN TOMOSYNTÈSE

D G

0444 ASPIRATION DE KYSTE

D G

30133 MISE EN PLACE DE HARPON

D G

0443 DRAINAGE

D G

8202 KYSTOGRAPHIE MAMMAIRE

D G

8201 GALACTOGRAPHIE

D G

Date

NOM DU MÉDECIN

SIGNATURE ET NO DE PRATIQUE

Renseignements cliniques (obligatoire) :

Diag. Provisoire :

Localisation

Droit

AP

Gauche



Lat



Si une consultation à la clinique du sein est recommandée, désirez-vous que votre patiente y soit référée ?

Oui

Non