



**DEMANDE D'EXAMEN**
  
**IMAGERIE DU SEIN**

**Provenance de la demande :**  CMS  CRID  Radiologie HSS  Autre : \_\_\_\_\_ **Mobilité :**  Ambulant  Fauteuil roulant  Civière

**Précautions additionnelles :**  Non  Oui  Ne sais pas

Si oui, préciser :  Aérienne  Gouttelettes/contact  Contact  Contact renforcé  Autre \_\_\_\_\_

**Niveau de priorité MSSS**  Urgent (0 à 24 heures)  A (0-3 jours)  B (4-10 jours)  C (11-28 jours)  D (moins de 3 mois) \_\_\_\_\_  E (plus de 3 mois) \_\_\_\_\_  Contrôle (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

**NOTE :** le délai de rendez-vous sera déterminé après évaluation par l'équipe d'imagerie médicale et selon les disponibilités du plateau technique

**Examen(s) demandé(s) / Clichés supplémentaires**

Mammographie 2D <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Compression <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Échographie sein <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Écho. sein 2 <sup>ème</sup> intention <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
Tomosynthèse <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Agrandissement <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Échographie aisselle <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Angiomammographie <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G

**Biopsie IMPORTANT : Pour la biopsie suivre les recommandations de cessation de médicament au verso**

Nombre de sites		Marqueur		Nombre de sites	
Sous échographie sein	<input type="checkbox"/> D _____ <input type="checkbox"/> G _____	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> G	Sous tomosynthèse	<input type="checkbox"/> D _____ <input type="checkbox"/> G _____
Sous échographie aisselle	<input type="checkbox"/> D _____ <input type="checkbox"/> G _____	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> G	Sous résonance magnétique	<input type="checkbox"/> D _____ <input type="checkbox"/> G _____
				Sous angiomammographie	<input type="checkbox"/> D _____ <input type="checkbox"/> G _____

**Indications cliniques et question à laquelle l'examen doit répondre :**

**À COMPLÉTER :** Usagère avisée d'une possible demande de biopsie suite à l'imagerie  Non  Oui

**Médecin demandeur** Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

N° de permis : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

c. c. : \_\_\_\_\_ Heure (hh:mm) : \_\_\_\_\_

**SECTION RÉSERVÉE AU RADIOLOGUE - HSS**  A (0-3 jours)  B (4-10 jours)  C (11-28 jours)

**Tomosynthèse**

Biopsie sein par aspiration tomosynthèse Nb. De plage \_\_\_\_\_ Nb de site à droite \_\_\_\_\_ Nb de site à gauche \_\_\_\_\_

**Échographie**

<input type="checkbox"/> Biopsie sein au trocart	Nb. De plage _____	Nb de site à droite _____	Nb de site à gauche _____
<input type="checkbox"/> Biopsie au trocart ganglion axillaire	Nb. De plage _____	Nb de site à droite _____	Nb de site à gauche _____
<input type="checkbox"/> Marqueur à laisser	Nb. De plage _____	Nb de site à droite _____	Nb de site à gauche _____
<input type="checkbox"/> Biopsie sein par aspiration	Nb. De plage _____	Nb de site à droite _____	Nb de site à gauche _____
<input type="checkbox"/> Biopsie sein cyto/ponction	Nb. De plage _____	Nb de site à droite _____	Nb de site à gauche _____

**Résonance magnétique**

Biopsie sein par aspiration Nb. De plage \_\_\_\_\_ Nb de site à droite \_\_\_\_\_ Nb de site à gauche \_\_\_\_\_

**Angiomammographie**

Biopsie sein par aspiration Nb. De plage \_\_\_\_\_ Nb de site à droite \_\_\_\_\_ Nb de site à gauche \_\_\_\_\_

Nom :

Prénom :

# Dossier :

### RECOMMANDATIONS CONCERNANT L'ARRÊT ET LA REPRISE DE LA MÉDICATION

selon le Guide de l'hémostase lors d'interventions radiologiques - CHU de Québec Université Laval.

MÉDICATION	PARTICULARITÉS	ARRÊT	REPRISE
<b>ANTICOAGULANTS</b>			
Héparine IV ou Argatroban IV		Cesser 4 h avant	8 heures après Si hémostase OK
Héparine de bas poids moléculaire (HBPM) (s/c) à doses thérapeutiques: Daltéparine (Fragmin), Enoxaparine (Lovenox), Tinzaparine (Innohep), Nadroparine (Fraxiparine)	Prescrit ID (q 24 h)	Cesser 24 h avant	Jour +1 24 heures après Si hémostase OK
	Prescrit BID (q 12 h)	Cesser 12 h avant	Jour +1 24 heures après Si hémostase OK
Héparine de bas poids moléculaire (s/c) à doses prophylactiques:		Cesser 12 h avant	12 heures après
Warfarine (Coumadin)	S'assurer que le INR n'est pas supratherapeutique au moment de l'arrêt	Dernier jour de traitement = J -6 (Ne pas prendre 5 jours)	Jour 0 (post-op) Le jour même Si hémostase OK
Dabigatran (Pradax/Pradaxa)	DFG: ≥ 50 ml/min Débit de filtration glomérulaire	Dernier jour de traitement = J -3 (Ne pas prendre 2 jours)	Jour +1 24 heures après Si hémostase OK
	DFG: 30-50 ml/min Débit de filtration glomérulaire	Dernier jour de traitement = J -5 (Ne pas prendre 4 jours)	Jour +1 24 heures après Si hémostase OK
	DFG: < 30 ml/min Débit de filtration glomérulaire	Dernier jour de traitement = J -6 (Ne pas prendre 5 jours)	Jour +1 24 heures après Si hémostase OK
Apixaban (Eliquis) Rivaxoraban (Xarelto) Edoxaban (Savaysa, Lixiana)	DFG: ≥ 30 ml/min Débit de filtration glomérulaire	Dernier jour de traitement = J -3 (Ne pas prendre 2 jours)	Jour +1 24 heures après Si hémostase OK
	DFG: < 30 ml/min Débit de filtration glomérulaire	Dernier jour de traitement = J -4 (Ne pas prendre 3 jours)	Jour +1 24 heures après Si hémostase OK
Danaparoïde sodique (Orgaran) SC		Cesser 48 h avant	Jour +1 24 heures après Si hémostase OK
Bivalirudin (Angiomax) IV		Cesser 8 h avant	Jour +1 24 heures après Si hémostase OK
Fondaparinux (Arixtra)	DFG: ≥ 50 ml/min Débit de filtration glomérulaire	Dernier jour de traitement = J -4 (Ne pas prendre 3 jours)	Jour +1 24 heures après Si hémostase OK
	DFG: < 50 ml/min Débit de filtration glomérulaire	Dernier jour de traitement = J -6 (Ne pas prendre 5 jours)	Jour +1 24 heures après Si hémostase OK
Betrixaban (Bevyxxa)		Dernier jour de traitement = J -4 (Ne pas prendre 3 jours)	Jour +1 24 heures après Si hémostase OK

Advenant l'impossibilité de cesser le médicament, nous vous invitons à communiquer avec l'un de nos radiologues au 418-525-4444 poste 84970