



**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 ^{ème} 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	<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	<input type="checkbox"/> D _____ <input type="checkbox"/> G _____
			<input type="checkbox"/> D _____ <input type="checkbox"/> G _____
			<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

<input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> Biopsie sein par aspiration	Nb. De plage _____	Nb de site à droite _____	Nb de site à gauche _____
--	--------------------	---------------------------	---------------------------

Angiomammographie

<input type="checkbox"/> 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
ANTICOAGULANTS			
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 (Fraxiparine), 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 suprathérapeutique 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

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