

DEMANDE D'EXAMEN IMAGERIE DU SEIN

SI CETTE DEMANDE D'EXAMEN VOUS A ÉTÉ ACHEMINÉE PAR ERREUR, MERCI DE LA RETOURNER À L'ACCUEIL DE L'IMAGERIE MÉDICALE DE VOTRE INSTALLATION/HÔPITAL.

Provenance de la demande

☐ CMS ☐ CRID ☐ Radiologie HSS
☐ Autre : _____

Mobilité

☐ Ambulant ☐ Fauteuil roulant

Précautions additionnelles :

☐ Non ☐ Contact ☐ Gouttelettes/contact ☐ Contact renforcées ☐ Aériennes
☐ Autres: _____

Niveau de priorité MSSS (OBLIGATOIRE) : ☐ A (0-3 jours) ☐ B (4-10 jours) ☐ C (11-28 jours) ☐ D (moins de 3 mois)

☐ Contrôle (aaaa/mm/jj) : _____/_____/_____

EXAMEN(S) DEMANDE(S) OU CLICHES SUPPLEMENTAIRES

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

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 _____

INDICATION(S) CLINIQUE(S) :

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

MEDECIN DEMANDEUR Nom : _____ Prénom : _____

N° de permis : _____ Signature : _____ Date (aaaa/mm/jj) : _____ Heure (hh:mm) : ____:____

Médecin traitant ou IPS : _____ C. C. : _____

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 <input type="checkbox"/> Biopsie au trocart ganglion axillaire <input type="checkbox"/> Marqueur à laisser <input type="checkbox"/> Biopsie sein par aspiration <input type="checkbox"/> Biopsie sein cyto/ponction <input type="checkbox"/> Combo échographie 2 ^{ème} intention + biopsie	Nb de plage _____ Nb de plage _____ Nb de plage _____ Nb de plage _____ Nb de plage _____ Nb de plage _____	Nb de site à droite _____ Nb de site à droite _____ Nb de site à droite _____ Nb de site à droite _____ Nb de site à droite _____ Nb de site à droite _____	Nb de site à gauche _____ Nb de site à gauche _____ Nb de site à gauche _____ Nb de site à gauche _____ Nb de site à gauche _____ 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 _____
--	-------------------	---------------------------	---------------------------

LE DÉLAI DE RENDEZ-VOUS SERA DÉTERMINÉ APRÈS ÉVALUATION PAR L'ÉQUIPE D'IMAGERIE MÉDICALE ET SELON LES DISPONIBILITÉS DU PLATEAU TECHNIQUE.