

**DEMANDE D'EXAMEN  
IMAGERIE DU SEIN**

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

<b>Provenance de la demande</b> <input type="checkbox"/> CMS <input type="checkbox"/> CRID <input type="checkbox"/> Radiologie HSS <input type="checkbox"/> Autre : _____	<b>Mobilité</b> <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant																								
<b>Précautions additionnelles :</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Contact <input type="checkbox"/> Gouttelettes/contact <input type="checkbox"/> Contact renforcées <input type="checkbox"/> Aériennes <input type="checkbox"/> Autres: _____																									
<b>Niveau de priorité MSSS (OBLIGATOIRE) :</b> <input type="checkbox"/> A (0-3 jours) <input type="checkbox"/> B (4-10 jours) <input type="checkbox"/> C (11-28 jours) <input type="checkbox"/> D (moins de 3 mois) <input type="checkbox"/> Contrôle (aaaa/mm/jj) : _____ / _____ / _____																									
<b>EXAMEN(S) DEMANDE(S) OU CLICHES SUPPLEMENTAIRES</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Mammographie 2D</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G</td> <td style="width: 25%;">Compression</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G</td> </tr> <tr> <td style="width: 25%;">Tomosynthèse</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G</td> <td style="width: 25%;">Agrandissement</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G</td> </tr> <tr> <td style="width: 25%;">Échographie sein</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G</td> <td style="width: 25%;">Échographie aisselle</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G</td> </tr> <tr> <td style="width: 25%;">Écho. sein 2<sup>ème</sup> intention</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G</td> <td style="width: 25%;">Angiomammographie</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G</td> </tr> </table>		Mammographie 2D	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Compression	<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 sein	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Échographie aisselle	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Écho. sein 2 <sup>ème</sup> intention	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Angiomammographie	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G								
Mammographie 2D	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Compression	<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 sein	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Échographie aisselle	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G																						
Écho. sein 2 <sup>ème</sup> intention	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Angiomammographie	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G																						
<b>BIOPSIE</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Nombre de sites</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Marqueur</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Nombre de sites</td> </tr> <tr> <td>Sous échographie sein</td> <td><input type="checkbox"/> D _____ <input type="checkbox"/> G _____</td> <td><input type="checkbox"/> D _____ <input type="checkbox"/> G _____</td> </tr> <tr> <td>Sous échographie aisselle</td> <td><input type="checkbox"/> D _____ <input type="checkbox"/> G _____</td> <td><input type="checkbox"/> D _____ <input type="checkbox"/> G _____</td> </tr> <tr> <td>Sous tomosynthèse</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> D _____ <input type="checkbox"/> G _____</td> </tr> <tr> <td>Sous résonance magnétique</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> D _____ <input type="checkbox"/> G _____</td> </tr> <tr> <td>Sous angiographie</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> D _____ <input type="checkbox"/> G _____</td> </tr> </table>		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 échographie aisselle	<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 résonance magnétique		<input type="checkbox"/> D _____ <input type="checkbox"/> G _____	Sous angiographie		<input type="checkbox"/> D _____ <input type="checkbox"/> G _____						
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 échographie aisselle	<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 résonance magnétique		<input type="checkbox"/> D _____ <input type="checkbox"/> G _____																							
Sous angiographie		<input type="checkbox"/> D _____ <input type="checkbox"/> G _____																							
<b>INDICATION(S) CLINIQUE(S) :</b> _____																									
<b>À COMPLÉTER : Usagère avisée d'une possible demande de biopsie suite à l'imagerie</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui																									
<b>MEDECIN DEMANDEUR</b> Nom : _____ Prénom : _____																									
N° de permis : _____ Signature : _____ Date (aaaa/mm/jj) : _____ Heure (hh:mm) : _____																									
<b>Médecin traitant ou IPS :</b> _____ C. C. : _____																									
<b>SECTION RÉSERVÉE AU RADIOLOGUE - HSS</b> <input type="checkbox"/> A (0-3 jours) <input type="checkbox"/> B (4-10 jours) <input type="checkbox"/> C (11-28 jours)																									
<b>Tomosynthèse</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Biopsie sein par aspiration tomosynthèse</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Nb de plage _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Biopsie aisselle par aspiration tomosynthèse</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Nb de plage _____</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Biopsie sein par aspiration tomosynthèse	Nb de plage _____	<input type="checkbox"/> Biopsie aisselle par aspiration tomosynthèse	Nb de plage _____																				
<input type="checkbox"/> Biopsie sein par aspiration tomosynthèse	Nb de plage _____																								
<input type="checkbox"/> Biopsie aisselle par aspiration tomosynthèse	Nb de plage _____																								
<b>Échographie</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Biopsie sein au trocart</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Nb de plage _____</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Nb de site à droite _____</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Nb de site à gauche _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Biopsie au trocart ganglion axillaire</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Nb de plage _____</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Nb de site à droite _____</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Nb de site à gauche _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Marqueur à laisser</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Nb de plage _____</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Nb de site à droite _____</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Nb de site à gauche _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Biopsie sein par aspiration</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Nb de plage _____</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Nb de site à droite _____</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Nb de site à gauche _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Biopsie sein cyto/ponction</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Nb de plage _____</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Nb de site à droite _____</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Nb de site à gauche _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Combo échographie 2<sup>ème</sup> intention + biopsie</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Nb de plage _____</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Nb de site à droite _____</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Nb de site à gauche _____</td> </tr> </table>		<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 _____	<input type="checkbox"/> Combo échographie 2 <sup>ème</sup> intention + biopsie	Nb de plage _____	Nb de site à droite _____	Nb de site à gauche _____
<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 _____																						
<input type="checkbox"/> Combo échographie 2 <sup>ème</sup> intention + biopsie	Nb de plage _____	Nb de site à droite _____	Nb de site à gauche _____																						
<b>Résonance magnétique</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Biopsie sein par aspiration</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Nb de plage _____</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Biopsie sein par aspiration	Nb de plage _____																						
<input type="checkbox"/> Biopsie sein par aspiration	Nb de plage _____																								
<b>Angiomammographie</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Biopsie sein par aspiration</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Nb de plage _____</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Biopsie sein par aspiration	Nb de plage _____																						
<input type="checkbox"/> Biopsie sein par aspiration	Nb de plage _____																								
LE DÉLAI DE RENDEZ-VOUS SERA DÉTERMINÉ APRÈS ÉVALUATION PAR L'ÉQUIPE D'IMAGERIE MÉDICALE ET SELON LES DISPOBILITÉS DU PLATEAU TECHNIQUE.																									