

HÔTEL-DIEU DE SHERBROOKE

**DEMANDE D'EXAMEN AVEC RENDEZ-VOUS**

MAMMOGRAPHIE – CENTRE D'IMAGERIE DU SEIN  
(CDD-CRID)

Date de naissance			N° de dossier	
Année	Mois	Jour		
N° d'assurance maladie				
Nom à la naissance			Prénom	
Adresse				
Ville		Code postal	N° de téléphone	
Nom de la mère			Prénom de la mère	
Nom du père			Prénom du père	

DATE

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Courriel : \_\_\_\_\_

ÉCHELLE DE PRIORITÉ CLINIQUE :  B : Inférieure ou égale à 10 jours  D : Inférieure ou égale à 3 mois (90 jours)  
 C : Inférieure ou égale à 28 jours

<b>Locomotion usager</b>		<b>Prévention des infections</b>			
<input type="checkbox"/> Ambulant	<input type="checkbox"/> Contact	<input type="checkbox"/> Contact +	<input type="checkbox"/> Contact E	<input type="checkbox"/> Aucune	
<input type="checkbox"/> Civière	<input type="checkbox"/> Aérienne	<input type="checkbox"/> Aérienne et contact	<input type="checkbox"/> Aérienne-contact-oculaire	<input type="checkbox"/> Neutropénique	
<input type="checkbox"/> Chaise roulante	<input type="checkbox"/> Gouttelettes	<input type="checkbox"/> Gouttelettes et contact	<input type="checkbox"/> Gouttelette-contact-oculaire		
<b>Responsabilité de paiement</b>					
<input type="checkbox"/> CNESST ➔ Employeur : _____		➔ Date évènement : _____ (année/mois/jour)			
<input type="checkbox"/> SAAQ : ➔ Date évènement : _____		(année/mois/jour)			
<b>Télécopier la requête au 819 829-6276.</b>					
<b>Le Service d'imagerie médicale communiquera avec l'usager pour fixer le rendez-vous.</b>					
<b>Mammographie</b>					
<input type="checkbox"/> Mammographie de dépistage :		<input type="checkbox"/> Dépistage (50 à 74 ans) Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)			
<input type="checkbox"/> Mammographie de dépistage :		<input type="checkbox"/> Dépistage (moins de 49 ans et 75 ans et plus)			
<input type="checkbox"/> Mammographie diagnostique :		<input type="checkbox"/> Diagnostique unilatérale ➔ <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Diagnostique bilatérale			
<b>Examens complémentaires</b>					
<input type="checkbox"/> Prothèses mammaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Clichés supplémentaires		<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche	
Date de la dernière mammographie* : _____		➔ Suivi Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)* : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
(année-mois-jour)		<input type="checkbox"/> Ponction de kyste		<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche	
		<input type="checkbox"/> Drainage d'abcès mammaire		<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche	
		<input type="checkbox"/> Biopsie mammaire		<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche	
		➔ Prise d'anticoagulant(s) : <input type="checkbox"/> Oui Lequel? : _____		<input type="checkbox"/> Non	
		<input type="checkbox"/> Macro biopsie par aspiration		<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche	
		➔ Prise d'anticoagulant(s) : <input type="checkbox"/> Oui Lequel? : _____		<input type="checkbox"/> Non	
		<input type="checkbox"/> Localisation à l'aiguille (harpon)		<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche	
		<input type="checkbox"/> Marqueur(s) intra mammaire(s) sans autre intervention		<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche	
<b>Renseignements cliniques obligatoires (précisez : histologie, extension, question clinique, etc.)</b>					
<b>Point de service du médecin référent</b>				<b>ESTAMPE</b> 	
N° téléphone : _____ N° télécopieur : _____					
Nom du point de service : _____					
Médecin en copie conforme et n° de permis : _____					
Signature du médecin référent		Nom en caractère d'imprimerie		N° de permis	
				Date	

CHUS-OP-IM-006