



DT9479

REQUÊTE D'EXAMEN RADIOLOGIQUE EN ÉCHOGRAPHIE MAMMAIRE (Âge minimal : 18 ans)

Attention : favoriser les protocoles de l'Accueil clinique
(si disponibles) avant de remplir ce formulaire

Nom et prénom de l'utilisateur			
N° d'assurance maladie		Année	Mois
		Expiration	
Nom et prénom du parent			
Ind. rég.	N° téléphone	Ind. rég.	N° téléphone (autre)
Adresse			
Code postal			

Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires

À quel(s) diagnostic(s) suspecté(s) doit répondre l'examen :

Région(s) anatomique(s) visée(s) pour l'examen : Sein droit Sein gauche

Prothèse(s) mammaire(s) (cocher si applicable) : Sein droit Sein gauche Usager à mobilité réduite : Oui Non

Condition(s) clinique(s) Échelle de priorité clinique : **B : ≤ 10 jrs** **C : ≤ 28 jrs** **D : ≤ 3 mois (90 jrs)**

PREMIER EXAMEN (cocher les signes cliniques applicables)

Diagnostic	<input type="checkbox"/> Femme < 30 ans	<input type="checkbox"/> Femme ≥ 30 ans (Prérequis : rapport mammographie suggérant poursuite de l'investigation en échographie)		
	<input type="checkbox"/> Femme enceinte ou qui allaite	<input type="checkbox"/> Homme (Prérequis : rapport mammographie suggérant poursuite de l'investigation en échographie)		
	Sélectionner le(s) signe(s) clinique(s) applicable(s)		G	D
	Masse palpée au sein (nouvelle ou progressive)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Écoulement mammaire pathologique (mono-orificiel, spontané, séreux, sanglant ou aqueux)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Changement de la forme du sein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Changement de la peau du sein (peau d'orange ou rétraction)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rétraction du mamelon		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eczéma du mamelon (persistant ou ulcération)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Masse axillaire d'origine indéterminée		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Autres signes cliniques		G	D
	Si aucun des signes ci-dessus, préciser :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				C
	Abcès ou suspicion de cancer inflammatoire		Référer au CRID ou à l'Accueil clinique	

SUIVI / EXAMEN DE CONTRÔLE

Suivi d'une lésion BI-RADS 3 (préciser date du diagnostic). Année (AAAA) : _____ Mois (MM) : _____
 Caractérisation d'une anomalie vue dans une autre modalité, spécifier l'anomalie : _____
 Autre (préciser) : _____

Date du dernier examen de suivi : Année (AAAA) : _____ Mois (MM) : _____

Délai(s) cible(s) suivant dernier examen : 6 mois 12 mois

Examen(s) antérieur(s) pertinent(s) sont présent(s) au DSQ : Oui Non (si non, joindre rapport à la requête)

• Réalisé(s) localement : Oui Non (si non, préciser l'installation/point de services) :

• Date de réalisation : Année (AAAA) : _____ Mois (MM) : _____

Identification du référent et du point de service

Nom du référent		N° de permis	
Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	Ind. rég.
			N° de télécopieur
Nom du point de service			
Signature		Date (année, mois, jour)	

Estampe

Référence nominative (si requis)

Si vous désirez une référence nominative à un point de service ou installation, spécifier :

Médecin de famille / IPSPL ¹ : <input type="checkbox"/> Idem au médecin référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille	
Nom du médecin de famille / IPSPL	
Nom du point de service	
Nom du médecin en copie conforme	N° de permis
Nom du point de service	

¹ Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne