

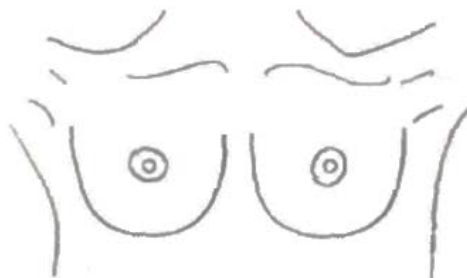
DEMANDE DE CONSULTATION
Clinique du sein

Installation : Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval

ACHEMINER VOTRE REQUÊTE PAR TÉLÉCOPIEUR : 450 975-5967

JUSTIFICATIONS CLINIQUES :

Localiser l'anomalie à l'examen



EXAMENS DIAGNOSTIQUES FAITS : (veuillez préciser le lieu et la date)

Copies jointes

Faits CSL

Mammographie

Films complémentaires

Échographie

Biopsie

Autres

BI-RADS:

IDENTIFICATION DU RÉFÉRENT :

COORDONNÉES

Nom (lisible) : _____

No de permis : _____

Signature : _____

c.c. : _____

Date : _____

À L'USAGE EXCLUSIF DU CISSS DE LAVAL

DATE REÇUE : _____

Programme québécois de dépistage du cancer du sein Oui Non

Priorité A (≤ 3 jours)

Priorité B (≤10 jours)

Priorité C (≤ 28 jours)

Priorité D (≤ 3 mois)

Priorité E (≤ 12 mois)

REMARQUES :

Priorisé par _____

Signature : _____

Date : _____