

Dossier CISSSL :

Nom, prénom :

RAMQ :

DDN :

Adresse :

Téléphone / cellulaire :

**Examen (ou rapport antérieur) OBLIGATOIRE**

Afin d'avoir accès à l'examen demandé dans de plus courts délais, l'usager(ère) accepte qu'un partenaire du réseau hors Laval communique avec lui pour lui offrir un rendez-vous.

**EXAMEN DEMANDÉ :**

- |   | D                        | G                        |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Révision radiologique        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Mammographie bilatérale      |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Mammographie unilatérale     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Tomosynthèse bilatérale      |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Tomosynthèse unilatérale     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Échographie bilatérale       |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Échographie unilatérale      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Échographie axillaire        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cliché(s) localisé(s)        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cliché(s) agrandissements(s) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Galactrographie              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

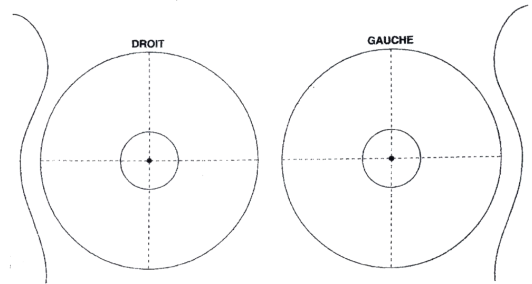
- |  | D                        | G                        |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ponction de kyste           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ponction / drainage d'abcès | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**\*\* Examens invasifs**

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Biopsie          |                          |   |
| <input type="checkbox"/> Sous échographie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Birads : _____ |
| <input type="checkbox"/> Sous stéréotaxie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Birads : _____ |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____    |                          |   |

**Renseignements cliniques pertinents obligatoires:**

**Localiser la ou les masses palpées**



Prothèses mammaires

**\*\* ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX**

- Prise d'anticoagulant  
 Coumadin  
 Autres (Pradax, Eliquis, Xarelto, etc.) : \_\_\_\_\_

- Prise antiplaquettaire  
**Doit être interrompu \_\_\_\_\_ jour(s) avant la procédure invasive**  
 Plavix  
 Autre : \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES PERTINENTES**

- Date de la dernière mammographie : \_\_\_\_\_  
 Examen(s) diagnostic(s) fait(s) : \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS SUR LE MÉDECIN DEMANDEUR**

Médecin demandeur :

N° permis :

Adresse :

Prescrit le :

Signature :

CC au Dr :

**Le personnel de la centrale de rendez-vous communiquera avec vous pour vous attribuer un rendez-vous.**

**Complément d'information pour le ou la médecin référente(te)**

Il n'est pas nécessaire de demander d'emblée une consultation en clinique du sein sauf dans certaines circonstances :

- Imagerie déjà complétée
- Demande d'opinion pour symptômes ou suivi.

Cette consultation pourra être pertinente après la conclusion du radiologiste ou être demandée d'emblée par celui-ci, si la situation est urgente.

Pour un examen invasif, il est essentiel de vérifier la prise d'anticoagulant/antiplaquettaire de l'utilisateur(ère).

**Complément d'information pour l'utilisateur(ère)**

Une bonne préparation est essentielle :

- **Le jour de l'examen, n'appliquez aucune crème, lotion, poudre, parfum ou déodorant sur les seins ni sur les aisselles.**
- Retirez vos bijoux.
- Si vous avez les cheveux longs, svp, veuillez les attacher.

Recommandations pour diminuer l'inconfort causé par la compression

- Guérissez les rougeurs apparaissant sous le sein avant de vous présenter à votre rendez-vous.
- Limitez votre consommation de thé, de café, de chocolat, de cola et de sel au moins deux semaines avant la mammographie.
- Prenez de l'acétaminophène une heure avant l'examen, sauf si vous y êtes allergique ou y avez une contre-indication.
- Choisissez un rendez-vous dans les 10 jours suivant le début des menstruations. Il s'agit d'une période où les seins sont moins sensibles.

- ➔ Si vous êtes dans l'impossibilité de vous présenter à votre rendez-vous que nous vous avons attribué, veuillez contacter la centrale de rendez-vous pour le déplacer au : 1 833 622-1309
- ➔ Le jour de votre rendez-vous, ayez en main votre carte d'assurance maladie et votre carte de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé.
- ➔ Nous vous prions d'apporter un sac pour ranger vos vêtements lors de votre rendez-vous.

Pour plus d'information, vous référez à la page de l'imagerie médicale sur [lavalensanté.com](http://lavalensanté.com) par le biais du code QR ci-joint.

