

de dossier unique de l'hôpital Montfort si disponible: _____

Nom: _____

Adresse: _____

Sexe: F H DDN: ____/____/____

Tél. domicile: _____

RASO : _____ Version _____

Travail: _____ Cellulaire: _____

CLINIQUE DU SEIN
Demande de consultation**INFORMATION DU MÉDECIN RÉFÉRANT**

Nom: _____ # de license: _____

Adresse: _____

Tél.: _____ Téléc. : _____

Consentement:**Avec cette référence, j'accepte les recommandations du radiologiste ainsi que la demande d'examens diagnostiques (selon les critères ci bas mentionnés) avant la consultation avec le chirurgien.** **Oui** **Non, je demanderai les examens diagnostiques moi-même**

Signature : _____ Date : _____

S.V.P. Cochez la/les raisons de votre demande de consultation**Critères de triage pour admissibilité → Demande d'examens (Section réservée à l'Hôpital)** Birads 6 - Cancer du sein prouvé → 1. Biopsie (Birads 5)
 Birads 5 - Cancer jusqu'à preuve du contraire → 2. Référence à la clinique de thrombose, si applicable
**** Sauf sous avis contraire du chirurgien**** Masse suspecte → Mammographie si non faite dans l'année précédente et échographie du sein affecté Birads 4 - Investigation radiologique suggérée → Échographie, biopsie selon la suggestion du radiologiste Ganglions axillaires palpables → Mammographie plus échographie aisselle et seins si non faits < 6 mois Cancer du sein antérieur → Mammographie si non faite dans l'année précédente Changement cutané (rétraction, rougeur, peau d'orange) → Mammographie +/- échographie du sein affecté Écoulement mammaire sanguinolent → Mammographie plus échographie du sein affecté Histoire familiale de cancers multiples (sein et/ou ovaire) → Mammographie si non faite dans l'année précédente**S.V.P. nous télécopier tous les documents et rapports suivants avec votre demande de consultation**

- Allergies
- Créatinine (≤ 3 mois)
- Histoire médicale
- Liste de médicaments
- Tous rapports d'imagerie diagnostique pertinents

Commentaires :

_____**TRIAGE (Section réservée à l'administration)**Rendez-vous avec l'infirmière navigatrice Oui NonRendez-vous avec chirurgien/ne Oui Non Si oui Urgent Non urgent

Si urgent – Date du rendez-vous : ____/____/____

Signature de l'I.A. : _____ Date: ____/____/____