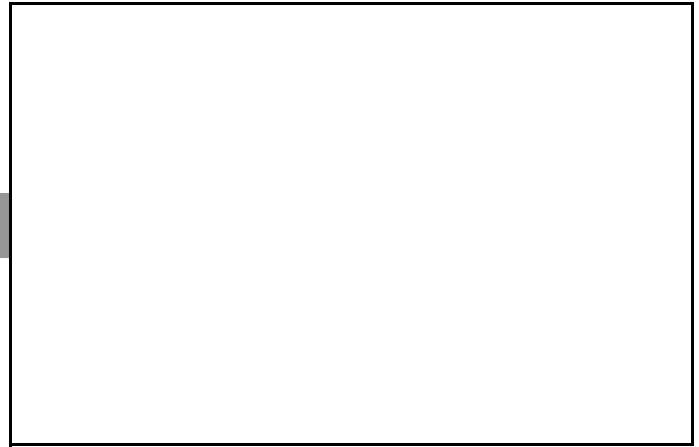


DÉPARTEMENT DE MAMMOGRAPHIE

Téléphone: (450) 975-5505

Télécopieur: (450) 975-5046



PRIORITÉ "1"       PRIORITÉ "2"

Justifications cliniques:

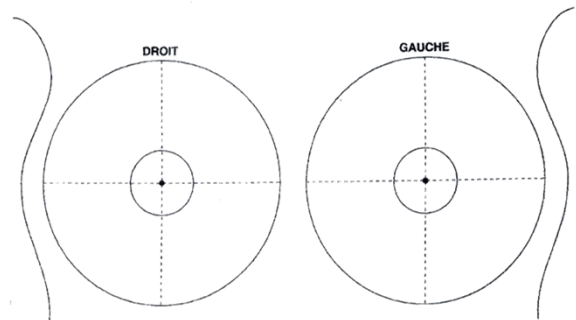
---

---

---

Date de la dernière mammographie: \_\_\_\_\_

Localiser la (ou les) masse(s) palpée(s)



Prothèses mammaires

Pour un examen sélectionné ci-dessous, acheminer par **TÉLÉCOPIEUR AU (450)975-5046**

**IMPORTANT: Vous devez joindre les rapports des examens antérieurs lors de l'envoi de cette requête**

- |   |                            |                            |
|---|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mammographie bilatérale  |                            |                            |
| <input type="checkbox"/> Mammographie unilatérale | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> Échographie bilatérale   |                            |                            |
| <input type="checkbox"/> Échographie unilatérale  | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> Ponction de kyste        | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> Drainage d'abcès         | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> Galactographie           | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G |

- |  |                                   |                                 |
|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Localisé (spot / compression) | <input type="checkbox"/> D        | <input type="checkbox"/> G      |
| <input type="checkbox"/> Agrandissement                | <input type="checkbox"/> D        | <input type="checkbox"/> G      |
| <input type="checkbox"/> Biopsie sous échographie      | <input type="checkbox"/> D        | <input type="checkbox"/> G      |
| <input type="checkbox"/> Biopsie sous stéréotaxie      | <input type="checkbox"/> D        | <input type="checkbox"/> G      |
| <input type="checkbox"/> Autre:                        |                                   |                                 |
| Patiente sous  | <input type="checkbox"/> Coumadin | <input type="checkbox"/> Pradax |
| <input type="checkbox"/> Plavix                        | <input type="checkbox"/> AAS      | _____ mg                        |

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin traitant

\_\_\_\_\_  
No de licence

\_\_\_\_\_  
Date de la consultation

**Attention:** Ne pas mettre de poudre, de crème et d'antisudorifique le jour de l'examen.

**SVP Nous aviser 48h à l'avance au (450) 975-5505 si vous devez annuler et/ou reporter votre rendez-vous**



Par souci pour l'environnement, nous vous prions d'apporter un sac pour ranger vos vêtements