



PROGRAMME
QUÉBÉCOIS
DE DÉPISTAGE
DU CANCER
DU SEIN

Région de la Capitale-Nationale

**Demande de consultation au
Centre de Référence pour investigation désigné (CRID)**

Hôpital du Saint-Sacrement du CHU de Québec
Tél. : 418 682-7927 (médecins/IPSP) ou 7926 (femmes)
Télééc. : 418 682-7666

Date : _____

NOM DE LA PATIENTE : _____		DATE DE NAISSANCE: _____	
NAM : _____		N° DE DOSSIER HSS (SI CONNU) : _____	
N° DE TÉLÉPHONE POUR REJOINDRE LA PATIENTE : Résidence : _____			
Travail : _____		Cellulaire : _____	

MAMMOGRAPHIE DE DÉPISTAGE

Date _____ Lieu _____

Si des examens complémentaires ont été faits (S.V.P., préciser et joindre les rapports):

	<i>Date</i>	<i>Lieu</i>
Compression _____	_____	_____
Clichés complémentaires _____	_____	_____
Agrandissements _____	_____	_____
Échographie _____	_____	_____

MAMMOGRAPHIE ANTÉRIEURE

Date _____ Lieu _____

SIGNES ET SYMPTÔMES RÉCENTS

Nodule	D <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	Changement de la forme du sein	D <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	Rétraction du mamelon	D <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>
Écoulement du mamelon	D <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	Changement de la peau du sein (peau d'orange ou rétraction)	D <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	Eczéma du mamelon (persistant ou ulcération)	D <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>

Autres : _____

Remarques :

NOM DU MÉDECIN/IPSP

ADRESSE

TÉLÉPHONE

SIGNATURE DU MÉDECIN/IPSP

N° DE PERMIS

Veillez télécopier cette demande et tous les rapports d'examen au 418 682-7666