

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 :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

<b>NOM DU MÉDECIN</b>	<b>ADRESSE</b>	<b>TÉLÉPHONE</b>
-----------------------	----------------	------------------

---

<b>SIGNATURE DU MÉDECIN</b>	<b>N° DE PERMIS</b>
-----------------------------	---------------------

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