

Téléphone : 1 833 622-1309

Courriel ou télécopieur pour rendez-vous EXTERNE > 72h :

[crv.consultations.ciesslerav@ssss.gouv.qc.ca](mailto:crv.consultations.ciesslerav@ssss.gouv.qc.ca)

1 833 669-2400

Courriel ou télécopieur pour rendez-vous URGENT < 72h :

[requete.imagerie.sein.ciesslerav@ssss.gouv.qc.ca](mailto:requete.imagerie.sein.ciesslerav@ssss.gouv.qc.ca)

450-975-5046

Remettre la requête originale à l'utilisateur

## IDENTIFICATION DE L'USAGER

Numéro de dossier du CISSS de Laval :

Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Numéro de la carte d'assurance maladie :

Téléphone principal :

Téléphone secondaire :

## Examen (ou rapport antérieur) OBLIGATOIRE

Pour des fins d'accessibilité, l'utilisateur(ère) accepte que pour un examen couvert par la RAMQ, il est possible qu'un partenaire du réseau communique avec lui afin de lui offrir une plage de 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"/> |

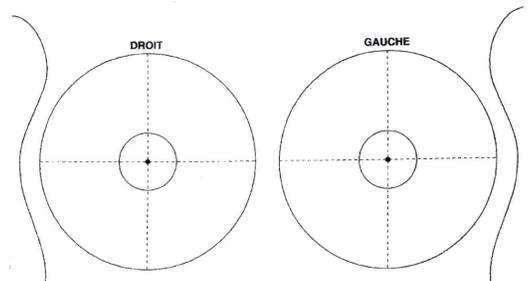
- |  | D                        | G                        |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ponction de kyste           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ponction / drainage d'abcès | <input type="checkbox"/>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

Signature du médecin :

Copie à :

Numéro permis:

Date :

Adresse :

**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'usager(ère).

**Complément d'information pour l'usager(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 rdv 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.