

**CLINIQUE DU SEIN**  
**Demande de consultation**

# de dossier unique de l'Hôpital Montfort si disponible: \_\_\_\_\_  
Nom: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Sexe:  F  H DDN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Tél. domicile: \_\_\_\_\_  
# RASO : \_\_\_\_\_ Version \_\_\_\_\_  
Travail: \_\_\_\_\_ Cellulaire: \_\_\_\_\_

**INFORMATION DU MÉDECIN RÉFÉRANT**

Nom: \_\_\_\_\_ # de licence: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Tél.: \_\_\_\_\_ Téléc. : \_\_\_\_\_

**EXCLUSION: Patients Québec**

**Veillez télécopier tous les documents et rapports avec votre demande de consultation**

- 1) Résultats d'imagerie diagnostique au cours de l'année écoulée (mammographie, US, biopsie, pathologie, etc.)
- 2) Histoire médicale
- 3) Créatinine (si le test est fait < 3 derniers mois) / Prolactine PRN
- 4) Liste de médicaments / Allergies
- 5) Si vous avez demandé un examen d'imagerie, svp donner détails (où, quand).

**Critères d'éligibilité**



**Veillez organiser les examens recommandés par le radiologiste.**  
**Télé # 613-748-4951 - mammographie, US, biopsie, IRM**

Birads 6 - Cancer du sein prouvé



**Biopsie** doit être fait (Birads 5).

Birads 5 - Cancer jusqu'à preuve du contraire

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 fait < 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

Anomalies prothèse mammaire



Diriger à un chirurgien plasticien

**\* Veillez noter que le patient sera vu une fois que tous les tests auront été effectués et que les résultats auront été reçus.**

Signature :