



**Demande de consultation
au Centre de Référence pour investigation désigné (CRID)**
CHA- Hôpital du Saint-Sacrement
Tél. : 418 682-7927(médecins) ou 7926 (femmes)
Télé. : 418 682-7666

Région de la Capitale-
Nationale

Date : _____

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

MAMMOGRAPHIE DE DÉPISTAGE

Date _____ *Lieu* _____

Si des examens complémentaires ont été faits (SVP 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 _____ **ADRESSE** _____ **TÉLÉPHONE** _____

SIGNATURE DU MÉDECIN _____ **N° DE PERMIS** _____

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