

DEMANDE DE CONSULTATION CENTRE DES MALADIES DU SEIN (CMS/CRID)

Centre des maladies du sein (CMS) / Centre de référence pour investigation désigné (CRID) - Hôpital du Saint-Sacrement - CHU de Québec – Université Laval
VEUILLEZ TÉLÉCOPIER VOTRE DEMANDE DE CONSULTATION ET LES RAPPORTS D'INVESTIGATION, S'IL Y A LIEU, AU : 418-682-7912.

DATE (aaaa/mm/jj) :

SECTION A. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE RÉFÉRÉE

Nom et prénom :	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Autre
Numéro d'assurance maladie :	N° de téléphone :
Date de naissance :	N° de dossier HSS (si connu) :

SECTION B. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PERTINENTS

PERSONNE ASYMPTOMATIQUE/MAMMOGRAPHIE ANORMALE

→ Veuillez demander les examens et assurer le suivi des résultats. Référer la personne seulement si le radiologiste ou le pathologiste recommande une consultation en chirurgie*. Veuillez alors compléter la SECTION C. N. B. Pour tous les examens de contrôle 6-12-24 mois, nous ne recevons pas la personne.

PERSONNE SYMPTOMATIQUE ou présentant des signes cliniques récents (confirmés par examen clinique)

→ Veuillez d'abord prescrire tous les examens nécessaires sauf exception*, puis compléter la SECTION C.

Cochez les symptômes ou signes cliniques de la personne :

<input type="checkbox"/> Nodule palpable	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Écoulement du mamelon	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Rétraction du mamelon	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Changement de la peau du sein (ulcération ou rétraction)	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Changement de la forme du sein	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Eczéma du mamelon (persistant ou ulcération)	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Douleur	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Autre (spécifier) :	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche

Possibles raisons de consultation URGENTE

ABCÈS/suspicion de cancer inflammatoire

***EXCEPTION : Référence URGENTE au CMS.**

Aucun examen préalable/les examens peuvent être demandés en parallèle

<input type="checkbox"/> Rougeur au sein	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Peau d'orange du sein	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Abcès	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Suspicion de cancer inflammatoire	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche

PERSONNE AVEC ANTÉCÉDENT DE CANCER DU SEIN ET AVEC UN ÉLÉMENT SUIVANT

→ Veuillez référer la personne directement au CMS et veuillez demander les examens pertinents. Veuillez compléter la SECTION C., si s'applique.

Cocher et spécifier les renseignements cliniques correspondant à la situation de la personne :

Évidence de récurrence ou nouveau symptôme (spécifier) : _____

Apparition de métastase (spécifier) : _____

Complication à la suite d'un traitement (spécifier) : _____

Besoin d'un second avis pour la prise en charge thérapeutique médicale ou chirurgicale

Prise en charge chirurgicale urgente pour cancer avec mastectomie et reconstruction

N. B. Nous n'assurons pas le suivi pour les personnes suivantes. Dans ces cas, veuillez référer la personne à une clinique sans rendez-vous ou à un CLSC. :

1. Avec antécédent de cancer du sein déjà libéré du CMS et SANS évidence de récurrence ou de nouveaux symptômes
2. Avec un cancer sans traitement actif qui perdent leur médecin de famille ou qui déménagent
3. À risque en suivi ou non qui n'ont pas de médecin de famille pour effectuer le suivi

Nom : _____ Prénom : _____ # Dossier : _____

PERSONNE NÉCESSITANT UNE PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE POUR MASTECTOMIE PRÉVENTIVE

→ Veuillez référer la personne directement au CMS. Veuillez cocher ce qui s'applique :

Test génétique à faire : veuillez compléter aussi la sous-section « Personne nécessitant une consultation en oncogénétique ».

Mutation (joindre résultat, si possible) _____

Nom de la mutation

Histoire familiale _____

PERSONNE NÉCESSITANT UNE CONSULTATION EN ONCOGÉNÉTIQUE

→ Veuillez joindre les rapports de pathologie et de mutation, si disponibles

Décision chirurgicale ou de traitement Date prévue de chirurgie (aaaa/mm/jj) _____

Santé précaire : Commentaires : _____

Mutation familiale connue : Nom de la mutation : _____

ATCD cancer, type et âge au diagnostic : _____ sein triple négatif

Histoire familiale _____

Autre renseignement clinique pertinent :

SECTION C. RAISON DE CONSULTATION SUITE À L'INVESTIGATION RADIOLOGIQUE OU PATHOLOGIQUE

Cancer du sein prouvé à la biopsie Discordance signe clinique et imagerie

Atypie nécessitant une chirurgie Exérèse recommandée

Autre _____

SECTION D. INVESTIGATIONS DÉJÀ RÉALISÉES (joindre les rapports, copies ou originaux)

Examens faits*	Date (aaaa/mm/jj)	Lieu
<input type="checkbox"/> Mammographie <input type="checkbox"/> PQDCS** <input type="checkbox"/> Autre		
<input type="checkbox"/> Clichés complémentaires agrandissement, compression ou tomosynthèse		
<input type="checkbox"/> IRM		
<input type="checkbox"/> Échographie		
<input type="checkbox"/> Biopsie : <input type="checkbox"/> sein <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aisselle <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G		
<input type="checkbox"/> Mammographie antérieure		
<input type="checkbox"/> Rapport de pathologie, récepteurs hormonaux, HER2, si cancer		
<input type="checkbox"/> Autre		

* Joindre les rapports (copies ou originaux) des investigations réalisées et des examens complémentaires faits au cours de la dernière année.

** PQDCS : Programme québécois de dépistage du cancer du sein

SECTION E. IDENTIFICATION DU MÉDECIN/IPSPL RÉFÉRENT

Nom du médecin/IPSPL référent : _____ N° permis : _____ Signature : _____

N° téléphone : _____ N° télécopieur : _____ Estampe

N° poste : _____

Adresse : _____ Adresse courriel : _____

Médecin de famille : idem au médecin référent

usager sans médecin de famille

Nom du médecin de famille : _____

Nom du point de service : _____