

## DEMANDE D'EXAMEN IMAGERIE DU SEIN

LE DÉLAI DE RENDEZ-VOUS SERA DÉTERMINÉ APRÈS ÉVALUATION PAR L'ÉQUIPE D'IMAGERIE MÉDICALE ET SELON LES DISPONIBILITÉS DU PLATEAU TECHNIQUE.

**Provenance de la demande :**

CMS  CRID  Radiologie HSS  Autre : \_\_\_\_\_ **Mobilité :**  Ambulant  Fauteuil roulant  Civière

**Précautions additionnelles :**  Non  Oui

Si oui, préciser :  Aérienne  Gouttelettes/contact  Contact  Contact renforcé  Autre \_\_\_\_\_

**Niveau de priorité MSSS (OBLIGATOIRE) :**  Urgent (0 à 24 heures)  A (1-3 jours)  B (4-10 jours)  C (11-28 jours)

D (moins de 3 mois)  Contrôle (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

**EXAMEN(S) DEMANDE(S) OU CLICHES SUPPLEMENTAIRES**

Mammographie 2D <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Compression <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Échographie sein <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Écho. sein 2 <sup>ème</sup> intention <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
Tomosynthèse <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Agrandissement <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Échographie aisselle <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Angiomammographie <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G

**BIOPSIE (IMPORTANT ! Pour la biopsie suivre les recommandations de cessation de médicament au verso)**

Nombre de sites	Marqueur	Nombre de sites
Sous échographie sein <input type="checkbox"/> D _____ <input type="checkbox"/> G _____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Sous tomosynthèse <input type="checkbox"/> D _____ <input type="checkbox"/> G _____
Sous échographie aisselle <input type="checkbox"/> D _____ <input type="checkbox"/> G _____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Sous résonance magnétique <input type="checkbox"/> D _____ <input type="checkbox"/> G _____
		Sous angiomammographie <input type="checkbox"/> D _____ <input type="checkbox"/> G _____

**INDICATIONS CLINIQUES :**

**À COMPLÉTER :** Usagère avisée d'une possible demande de biopsie suite à l'imagerie  Non  Oui

**MEDECIN DEMANDEUR** Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

N° de permis : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

c. c. : \_\_\_\_\_ Heure (hh:mm) : \_\_\_\_\_

**SECTION RÉSERVÉE AU RADIOLOGUE - HSS**  A (0-3 jours)  B (4-10 jours)  C (11-28 jours)

**Tomosynthèse**

Biopsie sein par aspiration tomosynthèse Nb. De plage \_\_\_\_\_ Nb de site à droite \_\_\_\_\_ Nb de site à gauche \_\_\_\_\_

**Échographie**

<input type="checkbox"/> Biopsie sein au trocart	Nb. De plage _____	Nb de site à droite _____	Nb de site à gauche _____
<input type="checkbox"/> Biopsie au trocart ganglion axillaire	Nb. De plage _____	Nb de site à droite _____	Nb de site à gauche _____
<input type="checkbox"/> Marqueur à laisser	Nb. De plage _____	Nb de site à droite _____	Nb de site à gauche _____
<input type="checkbox"/> Biopsie sein par aspiration	Nb. De plage _____	Nb de site à droite _____	Nb de site à gauche _____
<input type="checkbox"/> Biopsie sein cyto/ponction	Nb. De plage _____	Nb de site à droite _____	Nb de site à gauche _____
<input type="checkbox"/> Combo échographie 2 <sup>ème</sup> intention + biopsie	Nb. de plage _____	Nb de site à droite _____	Nb de site à gauche _____

**Résonance magnétique**

Biopsie sein par aspiration Nb. De plage \_\_\_\_\_ Nb de site à droite \_\_\_\_\_ Nb de site à gauche \_\_\_\_\_

**Angiomammographie**

Biopsie sein par aspiration Nb. De plage \_\_\_\_\_ Nb de site à droite \_\_\_\_\_ Nb de site à gauche \_\_\_\_\_

Nom :

Prénom :

# Dossier :

**RECOMMANDATIONS CONCERNANT L'ARRÊT ET LA REPRISE DE LA MÉDICATION**

selon le Guide de l'hémostase lors d'interventions radiologiques - CHU de Québec Université Laval.

MÉDICATION	PARTICULARITÉS	ARRÊT	REPRISE
<b>ANTICOAGULANTS</b>			
Héparine IV ou Argatroban IV		Cesser 4 h avant	8 heures après Si hémostase OK
Héparine de bas poids moléculaire (HBPM) (s/c) à doses thérapeutiques: Daltéparine (Fragmin), Enoxaparine (Lovenox), Tinzaparine (Innohep), Nadroparine (Fraxiparine)	Prescrit ID (q 24 h)	Cesser 24 h avant	Jour +1 24 heures après Si hémostase OK
	Prescrit BID (q 12 h)	Cesser 12 h avant	Jour +1 24 heures après Si hémostase OK
Héparine de bas poids moléculaire (s/c) à doses prophylactiques:		Cesser 12 h avant	12 heures après
Warfarine (Coumadin)	S'assurer que le INR n'est pas supratherapeutique au moment de l'arrêt	Dernier jour de traitement = J -6 (Ne pas prendre 5 jours)	Jour 0 (post-op) Le jour même Si hémostase OK
Dabigatran (Pradax/Pradaxa)	DFG: ≥ 50 ml/min Débit de filtration glomérulaire	Dernier jour de traitement = J -3 (Ne pas prendre 2 jours)	Jour +1 24 heures après Si hémostase OK
	DFG: 30-50 ml/min Débit de filtration glomérulaire	Dernier jour de traitement = J -5 (Ne pas prendre 4 jours)	Jour +1 24 heures après Si hémostase OK
	DFG: < 30 ml/min Débit de filtration glomérulaire	Dernier jour de traitement = J -6 (Ne pas prendre 5 jours)	Jour +1 24 heures après Si hémostase OK
Apixaban (Eliquis) Rivaxoraban (Xarelto) Edoxaban (Savaysa, Lixiana)	DFG: ≥ 30 ml/min Débit de filtration glomérulaire	Dernier jour de traitement = J -3 (Ne pas prendre 2 jours)	Jour +1 24 heures après Si hémostase OK
	DFG: < 30 ml/min Débit de filtration glomérulaire	Dernier jour de traitement = J -4 (Ne pas prendre 3 jours)	Jour +1 24 heures après Si hémostase OK
Danaparoïde sodique (Orgaran) SC		Cesser 48 h avant	Jour +1 24 heures après Si hémostase OK
Bivalirudin (Angiomax) IV		Cesser 8 h avant	Jour +1 24 heures après Si hémostase OK
Fondaparinux (Arixtra)	DFG: ≥ 50 ml/min Débit de filtration glomérulaire	Dernier jour de traitement = J -4 (Ne pas prendre 3 jours)	Jour +1 24 heures après Si hémostase OK
	DFG: < 50 ml/min Débit de filtration glomérulaire	Dernier jour de traitement = J -6 (Ne pas prendre 5 jours)	Jour +1 24 heures après Si hémostase OK
Betrixaban (Bevyxxa)		Dernier jour de traitement = J -4 (Ne pas prendre 3 jours)	Jour +1 24 heures après Si hémostase OK

Advenant l'impossibilité de cesser le médicament, nous vous invitons à communiquer avec l'un de nos radiologues au 418-525-4444 poste 84970