

# TRAJECTOIRE DE SERVICES VERS LE CMS

## CANCER DU SEIN - MISE À JOUR 2014


26 septembre 2014



# HÔPITAL ST-SACREMENT CHU DE QUÉBEC

Centre des  
maladies du sein  
Deschênes-Fabia (CMS)

Département  
Imagerie médicale  
HSS

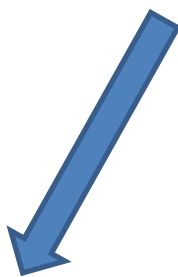


Centre de référence  
pour investigation désigné  
(CRID)

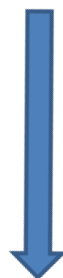
# TRAJECTOIRE DE SERVICES HÔPITAL ST-SACREMENT

- Augmentation constante des consultations
- Erreurs fréquentes dans la trajectoire de références
- Insatisfaction  
clientèle/médecins référants/personnel

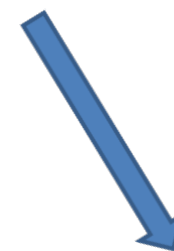
# RÉFÉRENCE



**CRID**



**CENTRE  
DES MALADIES  
DU SEIN**



**DÉPARTEMENT  
D'IMAGERIE  
MAMMAIRE**

# RÉFÉRENCE AU CRID

⊙ Mammographie de dépistage anormale



CRID : - Examens complémentaires  
- Consultation médicale (sénologue)



CONCLUSION



Retour au  
médecin référant

Prise en charge  
CMS

# RÉFÉRENCE AU CRID

- ⊙ Autoréférence ou référence médicale
  
- ⊙ Comment ?
  - Par téléphone au 418 682-7926
  - Par télécopieur au 418 682-7666
  
- ⊙ Formulaire « Demande de consultation au Centre de référence pour investigation désigné (CRID) »



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

Date : \_\_\_\_\_

NOM DE LA PATIENTE : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_  
 NAM : \_\_\_\_\_ N° DE DOSSIER HSS (SI CONNU) : \_\_\_\_\_  
 N° DE TÉLÉPHONE POUR REJOINDRE LA PATIENTE : Résidence : \_\_\_\_\_  
 Travail : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

**MAMMOGRAPHIE DE DÉPISTAGE**

Date \_\_\_\_\_ Lieu \_\_\_\_\_

Si des examens complémentaires ont été faits (S.V.P., 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  G  Changement de la forme du sein D  G  Rétraction du mamelon D  G   
 Écoulement du mamelon D  G  Changement de la peau du sein (peau d'orange ou rétraction) D  G  Eczéma du mamelon (persistant ou ulcération) D  G

Autres : \_\_\_\_\_

Remarques :  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

NOM DU MÉDECIN \_\_\_\_\_ ADRESSE \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_

# PROBLÈMES MAMMAIRES



Investigation de base  
Ex.: mammographie/échographie

Référence  
au  
CMS



et/ou

Référence  
en  
imagerie médicale



# RÉFÉRENCE AU CMS

- Problèmes mammaires  
(symptômes, examens anormaux)



CMS : - Consultation médicale  
- Investigation complémentaire



CONCLUSION



Retour au  
médecin référent

Prise en charge  
CMS

# RÉFÉRENCE AU CMS

- ⦿ Formulaire « Demande de consultation médicale au Centre des maladies du sein Deschênes-Fabia »

**OBLIGATOIRE**

Faxer au 418 682-7912



**DESCHÈNES FABIA**  
CENTRE DES MALADIES DU SEIN

Hôpital St-Sacrement

Tél.: 418 682-7878 – Téléc.: 418 682-7912

**DEMANDE DE CONSULTATION MÉDICALE  
AU CENTRE DES MALADIES DU SEIN DESCHÈNES-FABIA**

**Veillez télécopier cette demande et tous les rapports d'examen au 418 682-7912**

Note : Pour une demande d'examen (mammographie, échographie, IRM, biopsie), **SANS** consultation médicale au Centre des maladies du sein, veuillez adresser votre demande directement au service de radiologie de l'Hôpital St-Sacrement par télécopieur au 418 682-7772.

DATE : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ NAM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ # DOSSIER HSS (si connu) : \_\_\_\_\_  
 TÉL. : Rés. : \_\_\_\_\_ Bur. : \_\_\_\_\_ Cell. : \_\_\_\_\_

RAISON DE CONSULTATION (SVP écrire lisiblement) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INVESTIGATION : COCHER LES EXAMENS FAITS ET JOINDRE LES RAPPORTS

Mammographie      Endroit : \_\_\_\_\_       Rapport joint  
 Échographie      Endroit : \_\_\_\_\_       Rapport joint  
 Autre : \_\_\_\_\_      Endroit : \_\_\_\_\_       Rapport joint

MÉDECIN TRAITANT : \_\_\_\_\_ # de permis d'exercice \_\_\_\_\_  
 Nom en lettres moulées

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

**SERVÉ AU CMS**

Urgent (24-48 h)  Priorité 1 (10-14 jours)  Priorité 2 (21-28 jours)  Priorité 3 (28-42 jours)  Électif (6 semaines et +)  
 rendez-vous avec :  Sénologue  Chirurgien-oncologue  Hémato-oncologue  Oncogénétique

Remarques : \_\_\_\_\_

Site : \_\_\_\_\_ Médecin : \_\_\_\_\_

# RÉFÉRENCE EN IMAGERIE MÉDICALE

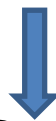
- ⊙ Problèmes mammaires et/ou examens anormaux



Référence en imagerie médicale  
pour examens radiologiques



Retour au médecin référant



Référence au CMS si nécessaire

# RÉFÉRENCE EN IMAGERIE MÉDICALE

- Prescriptions des examens :

Faxer au **418 682-7772**



\*DT1528\*



\*HSS\*

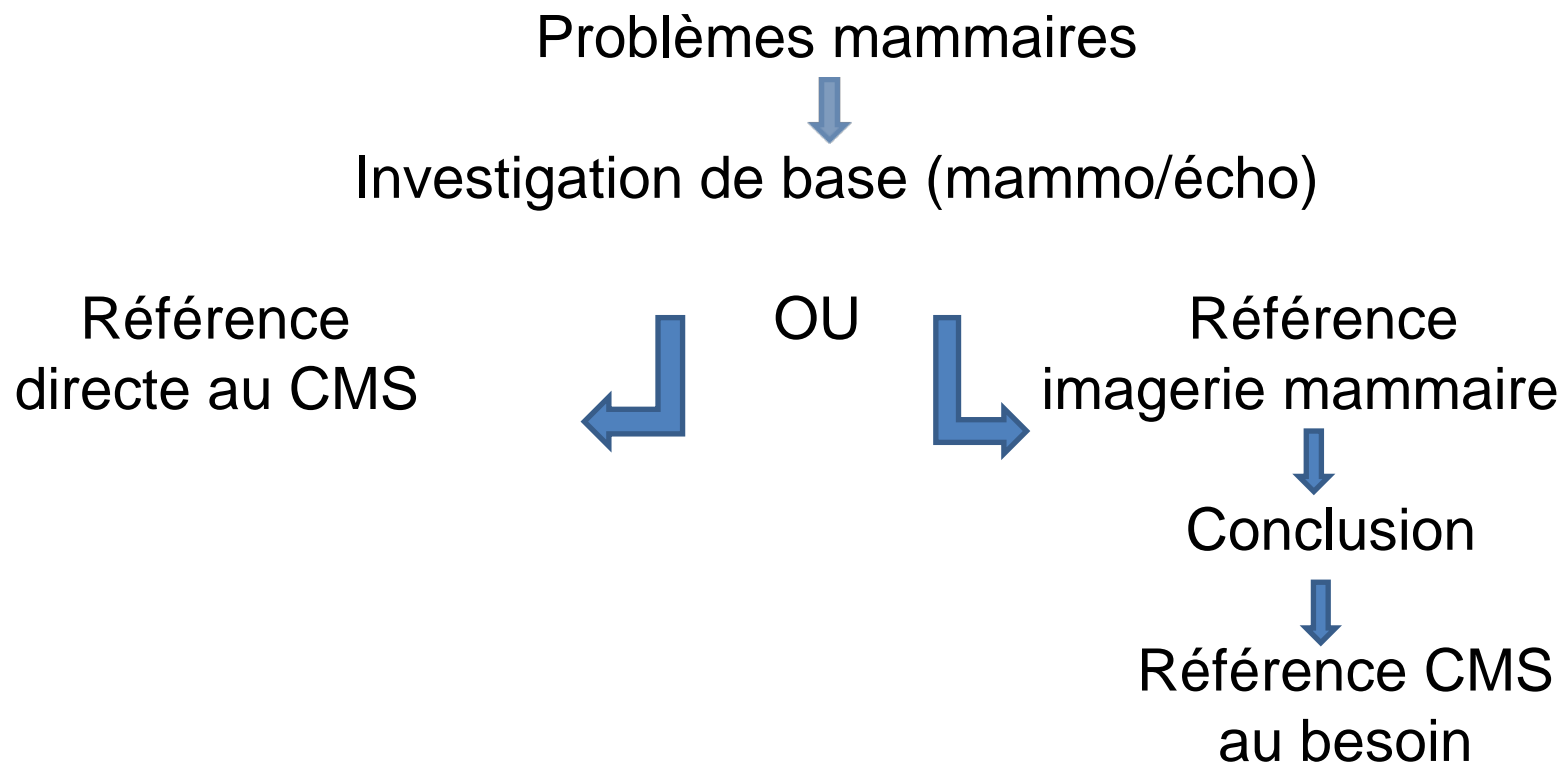
Numéro de dossier :  
 RAMQ :  
 Nom :  
 Prénom :  
 Date de naissance :  
 Nom de la mère :  
 Téléphone :

**IMAGERIE MALADIES DU SEIN**

CENTRE DE RENDEZ-VOUS IMAGERIE MÉDICALE CHA		Tél. : 7933	Fax : 7772	HSS
<b>DEMANDEUR MÉDECIN</b>				
Nom		Prénom		
No de Permis		Adresse :		
Date		Signature		
<b>PRIORITÉ :</b> Urgent <input type="radio"/>   Semi-urgent <input type="radio"/>   Electif <input type="radio"/>   <b>Type :</b> Primaire/nouveau <input type="radio"/>   Contrôle <input type="radio"/>				
<b>CRID :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
Dernière mammo : Date :		Endroit :		Radiologiste référent :
<input type="checkbox"/> BIOPSIE AU TROCART STÉRÉOGUIDÉE	<input type="checkbox"/> MAMMOTOME STÉRÉOGUIDÉ			
<input type="checkbox"/> CLIP À LAISSER (Traitement néo adjuvant)				
<input type="checkbox"/> BIOPSIE AU TROCART ÉCHOGUIDÉE	<input type="checkbox"/> MAMMOTOME ÉCHOGUIDÉ			
<input type="checkbox"/> ÉCHOGRAPHIE	<input type="checkbox"/> BIOPSIE AU TROCART si nécessaire			
<input type="checkbox"/> BIOPSIE ABBI	CHIRURGIEN : _____			
<input type="checkbox"/> Sein droit	<input type="checkbox"/> Sein gauche			
<input type="checkbox"/> Nodule	A déjà eu écho : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non OÙ : <input type="radio"/> HSS			
<input type="checkbox"/> Microcalcifications	Autres : _____			
<input type="checkbox"/> 1 site	<input type="checkbox"/> 2 sites	_____ sites		
<b>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES</b>				

# Médecins de 1<sup>re</sup> ligne

- 2 trajectoires possibles  
(au choix du médecin traitant)



**QUESTIONS ?**