

1538, rue Sherbrooke O. (coin Guy), 10^e étage, Montréal, QC, H3G 1L5
Téléphone : (514) 933-2778
Télécopieur : (514) 788-1484
Courriel : info@vmmed.com
www.vmmed.com

IRM du sein accréditée par /
Breast MRI accredited by :
Mammographie numérique plein champ accréditée par /
Full-filed digital mammography accredited by :

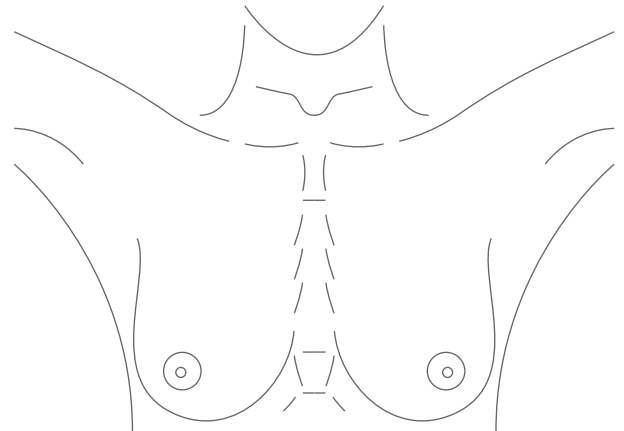


Canadian Association of Radiologists
L'Association canadienne des radiologistes



NOM DU MÉDECIN RÉFÉRANT / REFERRING PHYSICIAN NAME :	NOM DU PATIENT / PATIENT LAST NAME :
DATE : <u>JJ/DD / MM /AAAA /YYYY</u>	PRÉNOM DU PATIENT / PATIENT FIRST NAME :
ADRESSE / ADDRESS : _____ _____	DATE DE NAISSANCE / DATE OF BIRTH : <u>JJ/DD / MM /AAAA /YYYY</u>
TÉL. : () _____	TÉL. BUR. / OFC : _____ TÉL. RÉS. / RES : _____ () _____ () _____
SIGNATURE DU MÉDECIN RÉFÉRANT / SIGNATURE OF REFERRING PHYSICIAN _____	# Assurance maladie / Health Insurance # : _____
# DE PERMIS / LICENCE #	

Dawn Anderson, M.D.; Gordon Brabant, M.D.; Rick Dalfen, M.D.; Rafika Dahmane, M.D.; Daniel Guberman, M.D.; Margaret H. Hughes, M.D.; John R. Keyserlingk, M.D.;
Brian Leyland-Jones, M.D.; Naim Otaky, M.D.; Donna Stern, M.D.; Daniel Tozzi, M.D.; Marie Yaremko, M.D.



- | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| Douleur / Pain _____ | <input type="checkbox"/> D / R | <input type="checkbox"/> G / L |
| Mammographie anormale / Abnormal Mammography _____ | <input type="checkbox"/> D / R | <input type="checkbox"/> G / L |
| Échographie anormale / Abnormal Ultrasound _____ | <input type="checkbox"/> D / R | <input type="checkbox"/> G / L |
| IRM anormale / Abnormal MRI _____ | <input type="checkbox"/> D / R | <input type="checkbox"/> G / L |
| Masse(s) palpable(s) / Palpable lump(s) _____ | <input type="checkbox"/> D / R | <input type="checkbox"/> G / L |
| Fibrokystique / Fibrocystic _____ | <input type="checkbox"/> D / R | <input type="checkbox"/> G / L |
| Écoulement par le mamelon / Nipple discharge _____ | <input type="checkbox"/> D / R | <input type="checkbox"/> G / L |
| Chirurgie(s) antérieure(s) / Previous surgery _____ | <input type="checkbox"/> D / R | <input type="checkbox"/> G / L |
| Antécédents familiaux / Family history _____ | <input type="checkbox"/> D / R | <input type="checkbox"/> G / L |
| Risque élevé / Increased risk _____ | <input type="checkbox"/> D / R | <input type="checkbox"/> G / L |
| Cancerophobie - Angoisse / Cancerophobia - Anxiety _____ | <input type="checkbox"/> D / R | <input type="checkbox"/> G / L |

Information supplémentaire / Additional Information

