



Patient: [REDACTED]  
Scan-Mammo Bilat Document Date: 2021-05-31

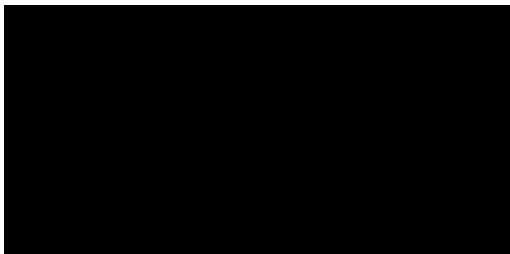
16.04.53 05-31-2021 1 Fax

5/31/2021 4:03 PM FROM: Fax TO: 4188446671 PAGE: 001 OF 001

## CLINIQUE RADIOLOGIQUE AUDET

### CITÉ VERTE

1180, rue des Soeurs-du-Bon-Pasteur, bureau 240  
Québec (Québec) G1S 0B1  
Tél.: (418) 681-6121 - Téléc.: (418) 681-0125



Dr RENE JACQUES  
Base militaire, édifice 109 C.P 1000 Succ Forces  
COURCELETTE  
Québec  
G0A 4Z0

## PROTOCOLE D'IMAGERIE MÉDICALE

N° de visite : 20210531-005

Date d'examen : 2021-05-31  
N° de dossier : [REDACTED]

### MAMMOGRAPHIE DIAGNOSTIQUE AVEC TOMOGRAPHIE

Il s'agit d'une première mammographie.

Les seins sont très denses.

Il n'y a pas d'évidence de lésion dominante suspecte.

Aucune distorsion à la tomosynthèse.

Pas de foyer de microcalcifications suspect.

Donc, pas de signe de malignité.

### Signé non relu

Admis par : mc s  
Dictée le : 2021-05-31  
Transcrit le : 2021-05-31  
Transcrit par : SYLVIE CHOUINARD  
Référént: Dr RENE JACQUES  
cc:

Page: 1 sur 1

QFIN  
06/02/21-000223  
Yves Loisel  
Dr YVES LOISEL YL / sc

Dans un but de confidentialité, si ce document vous a été transmis par erreur, s'il vous plaît communiquez avec nous au 418-681-6121, poste 226



Patient: [REDACTED]  
Scan-Mammo Bilat Document Date: 2021-05-31



National  
Défense

Défense  
nationale

PROTÉGÉ B (une fois rempli)

ROYAL CANADIAN MEDICAL SERVICES  
SERVICE DE SANTÉ ROYAL CANADIEN

DIAGNOSTIC IMAGING REQUISITION

DIAGNOSTIC IMAGING REQUISITION  
REQUÊTE D'IMAGERIE MÉDICALE

(Autre qu'échographie, tomodensitométrie et radiographie)



CLINICAL INFORMATION & DIAGNOSIS / RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET DIAGNOSTIQUES

(Absence of clinical information will result in the requisition being returned for proper completion / Absence d'information Clinique, la requête sera retournée pour être adéquatement complétée)

Jeune Dame 33 Ans. Hx familiale (+) . m. du sein (TANTE maternelle), douleurs au sein dr. Quadrant inf. interne.

EXAMINATION / EXAMEN

Mammographie

DATE

2021.04.26

CLINICIAN SIGNATURE /  
SIGNATURE DU CLINICIEN

DR. JACQUES

88312

FLIGHT/DIVE SURG

88312

COMMENTS FOR RADIOLOGY DEPARTMENT/ COMMENTAIRES POUR  
DÉPARTEMENT D'IMAGERIE

INFECTION CONTROL PRECAUTIONS/  
PRÉCAUTION ET CONTRÔLE D'INFECTIONS

☐ YES/ OUI ☐ NO/ NON

☐ AERIAL/ AERIAL

☐ CONTACTS

☐ GOUTELETES/ DROPLETS

SPECIFY/ SPÉCIFIER

COMPLÉTER POUR LES FEMMES/ FOR ALL  
FEMALES

ENCEINTE/ PREGNANCY

☐ YES/ OUI ☐ NO/ NON

PREVIOUS STUDIES  
ÉTUDES ANTERIEURES

☐ YES/ OUI

☐ NO/ NON

EXAM DATE /DATE EXAMEN

Date (aaa-mm-jj)

Heure (hh:mm)

☐ PATIENT AVISÉ : \_\_\_\_\_

EXAM # / # D'EXAMEN

06102121-000223

PROTÉGÉ B (une fois rempli)

Canada

END OF DOCUMENT