

Le DATE

Docteur(e)
Clinique
Adresse
Ville (QC) Code postal

Téléphone : xxx xxx-xxxx
Télécopieur : xxx xxx-xxxx

Objet : Suivi d'une mammographie de dépistage anormale – Nom de la femme (NAM)

Docteur(e),

Le DATE MAMMO, madame XXXX a passé une mammographie de dépistage dont le résultat s'est avéré **anormal**. Comme elle vous a désigné(e) pour recevoir le résultat, nous devons nous assurer que vous effectuez le suivi médical en lien avec ce résultat.

Veillez, s'il vous plaît, faire parvenir votre confirmation au CCSR de la région Capitale-Nationale du PQDCS par télécopieur ou par la poste :

1050, chemin Sainte-Foy, local K2-17
Québec (Québec) G1S 4L8
Téléphone : 418 682-7596/1 877 682-7596 (sans frais)
Télécopieur : 418 682-7925

J'ai reçu le rapport de dépistage émis par le centre :	Veuillez cocher
Nom du Centre de dépistage désigné (CDD)	<input type="checkbox"/>
J'assure le suivi de cette mammographie (évaluation clinique au besoin, soutien dans les décisions, suivi des recommandations du radiologiste, etc.)	<input type="checkbox"/>
En cas de situation problématique, veuillez spécifier : _____	

_____	_____
Signature	Date

Pour toute information complémentaire ou pour nous faire part de toute situation problématique, n'hésitez pas à communiquer avec le CCSR aux coordonnées mentionnées précédemment.

Nous vous remercions, Docteur(e), de votre précieuse collaboration.

Médecin responsable au CCSR



Jocelyne Chiquette, M.D.