

Système d'information du
Programme québécois de dépistage du cancer du sein

Cheminement de l'information sur les femmes
dans le cadre du programme québécois
de dépistage du cancer du sein

Document de travail pour
la Commission d'accès à l'information

Régie régionale Chaudière-Appalaches
Service provincial de dépistage Parlab

MAI 1996

Le programme provincial de dépistage du cancer du sein (PQDCS) sera mis en place sous peu. Toutefois, pour ce qui est des modalités de mise en oeuvre de celui-ci, il revient à chacune des régions d'adapter le "Cadre de référence" du PQDCS aux besoins de leur région. Ainsi, le cadre de référence auquel devront se conformer les programmes régionaux de dépistage du cancer du sein en est à ses dernières modifications. Le modèle proposé de cheminement de l'information doit pouvoir s'ajuster en fonction de l'opérationnalisation du programme sur le plan régional, qui sera défini plus tard dans les mois qui suivront l'adoption du PQDCS à l'Assemblée nationale. De manière générale le système d'information, qui doit supporter le modèle, présente les caractéristiques suivantes:

- **Programme décentralisé dans chaque région**
- **Support logistique du Système d'information régional et provincial**
- **Un serveur provincial pour les 18 fichiers régionaux**
- **Données et résultats du Système d'information regroupés régionalement**

1. Rôles et responsabilités

Le programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) doit répondre à des préoccupations régionales. Il est donc géré et évalué régionalement. Les régions doivent organiser le programme régional à partir du cadre de référence proposé par le ministère de la santé en fonction de leurs besoins et de leurs ressources. Les prochaines lignes présentent les responsabilités de chacun des intervenants impliqués dans le système d'information du Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

1.1 Responsabilités de niveau local

1.1.1 Centre de dépistage:¹

- Inscrire les femmes, qui le désirent, au Programme provincial de dépistage du cancer du sein;
- Obtenir le consentement de la femme;
- Réaliser les mammographies de dépistage;
- Colliger l'information générée par ces activités (de façon standardisée), via le système d'information;
- Transmettre le résultat à la femme, au médecin traitant, et s'il y a lieu au centre de référence pour investigation;
- Dans le cas d'une femme positive à l'examen de dépistage par mammographie, transmettre à la coordination régionale les coordonnées de la femme afin que celle-ci assure le suivi de la femme en confirmation diagnostique;

¹ Programme québécois de dépistage du cancer du sein - Cadre de référence. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, Mai 1996

- Assurer le contrôle de la qualité technique des équipements;
- Assurer la qualité des activités de dépistage par mammographie, dans son centre. À cette fin, recevoir les résultats de la confirmation diagnostique pour les femmes positives au dépistage dans le but de permettre une rétroaction, aux professionnels, sur les actes. (Pour différents indicateurs tel que la PPV, le nombre de faux positifs et de faux négatifs, etc...);
- Colliger et transmettre les données conformément au cadre normatif du système d'information.

1.1.2 Centre de référence pour investigation:²

- Inscrire les femmes, qui le désirent, au Programme provincial de dépistage du cancer du sein;
- Obtenir le consentement requis, pour les femmes qui n'ont pas eu de mammographie de dépistage;
- Réaliser les examens de confirmation diagnostique;
- Colliger l'information générée par ces activités (de façon standardisée);
- Transmettre le résultat, à la femme, au médecin traitant, au centre de dépistage référant, au Support logistique;
- Assurer le contrôle de la qualité technique des équipements de mammographie;
- Inscrire l'information au système et la transmettre conformément au cadre normatif du système d'information.

1.2 Responsabilités de niveau régional

1.2.1 La région³

La région est responsable de la réalisation du programme pour sa population, de sa gestion et de son adaptation. Ainsi, elle doit:

- Gérer le programme pour les clientèles de sa région (incluant l'invitation initiale (*)) et prévoir les ententes nécessaires avec les autres régions;

(*)La gestion des invitations à participer au programme de dépistage du cancer du sein peut couvrir les activités suivantes:

 - ✓ Invitation initiale adressée aux femmes faisant partie du groupe cible (femmes de 50 à 69 ans);
 - ✓ Relance adressée aux femmes déjà invitées mais n'ayant pas répondu à la première invitation;
 - ✓ Rappel adressé aux femmes qui participent au programme pour passer une nouvelle mammographie de dépistage, après un délai de deux ans.

² PQDCS, Mai 1996

³ PQDCS, Mai 1996

- Déterminer le fonctionnement et l'organisation du programme pour la région à partir des paramètres et objectifs du programme québécois;
- Réaliser le plan de communication régional et le plan de recrutement;
- Recommander au ministre les centres de dépistage à être désignés;
- Mettre en place des mécanismes permettant de maintenir la qualité de vie des participantes;
- Animer les mécanismes régionaux d'assurance qualité;
- Assurer, en lien avec le niveau central, le fonctionnement du système d'information au niveau régional;
- Réaliser la formation préalable des intervenants lors du démarrage du programme, participer à la formation en cours d'emploi et proposer des éléments de formation à développer par le programme;
- Contribuer aux mécanismes centraux d'assurance qualité, d'évaluation et de révision du programme;
- Assurer la continuité des services à la clientèle de la région;
- Évaluer et adapter le programme au plan régional;
- Évaluer et réviser l'organisation régionale des services reliés au Programme;
- Assurer la coordination régionale du programme de dépistage du cancer du sein et les collaborations interrégionales que nécessite le programme;
- Contribuer à identifier des pistes de recherche.

1.2.1 Fonctions de coordination clinique

- Assurer la coordination des activités cliniques du Programme québécois de dépistage du cancer du sein dans la région;
- Assurer le suivi de la femme en référence pour investigation auprès du médecin traitant, dans le cas d'un résultat positif au dépistage, dans les délais prévus par le programme;

1.3 Les responsabilités de niveau central:⁴

1.3.1 Le ministère

Il revient au ministère de définir les orientations, normes et exigences du programme de dépistage du cancer du sein et de fournir le support aux régions pour assurer sa qualité et sa performance. Ainsi, le ministre doit:

- Déterminer et réviser les paramètres de base du programme québécois de dépistage du cancer du sein;
- Apporter les modifications en regard des objectifs, des normes et des exigences de qualité du Programme selon les recommandations des comités et experts associés;
- Rendre accessible, à chaque région, le registre de population des femmes ciblées;
- Déployer et faire évoluer le système d'information du programme et appuyer les régions dans son implantation et son utilisation;
- Déterminer les normes de certification et leur utilisation pour les centres de de dépistage par mammographie;
- Déterminer les mécanismes appropriés de certification des centres de dépistage;
- Produire le bilan des analyses annuelles sur la performance et la qualité pour l'ensemble du Québec;
- Assurer les activités de gestion, de formation, de liaison et de fonctionnement en support aux régions dans l'implantation et la réalisation du programme;
- Susciter la réalisation de projets de recherche susceptibles d'améliorer le programme de dépistage du cancer du sein.

1.3.2 Comité d'experts

Le ministère peut compter sur les avis d'un groupe d'experts composé de professionnels reconnus et impliqués dans le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies du sein et de représentantes de regroupements des femmes⁵ pour:

- Réviser les objectifs, les normes et exigences de qualité du Programme;
- Appuyer la gestion du Programme par des analyses annuelles sur la performance et la qualité pour chacune des régions et pour l'ensemble du Québec et par des recommandations appropriées;
- Planifier et réaliser des activités d'information et de promotion;
- Réunir, selon la fréquence déterminée, les professionnels des régions impliqués dans la définition et le suivi des normes et exigences de l'assurance de la qualité;
- Procéder sur une base annuelle à l'évaluation de la performance du programme et en rendre les résultats disponibles;

⁴ PQDCS, Mai 1996

⁵ PQDCS, Mai 1996

- Susciter la réalisation de projets de recherche susceptibles d'améliorer le Programme;
- Proposer les modifications nécessaires au programme et en faciliter l'application;
- Réunir sur une base régulière et au besoin le comité d'experts formé pour aviser sur la qualité scientifique et technique du Programme;
- Participer à l'élaboration des programmes de formation pour le personnel impliqué dans le Programme.

1.3.3 Support logistique

Certaines de ces fonctions peuvent être assurées dans un établissements du réseau par une équipe à vocation provinciale⁶:

- Assurer la sécurité et la confidentialité des données du programme;
- Supporter l'accessibilité au registre populationnel des femmes ciblées, pour chacune des régions;
- Supporter l'utilisation du registre de population pour l'invitation des femmes à participer au programme;
- Assurer le fonctionnement du système d'information sur le plan provincial, c'est-à-dire, recevoir les données du programme de tous les centres de dépistage et de tous les centres de référence pour investigation;
- Mettre à profit l'utilisation des autres banques de données provinciales;
- Alimenter les regroupements professionnels, sur demande *ad hoc*, impliqués dans le programme de dépistage du cancer du sein. Les lois ou règlements en vigueur guident les règles de circulation de l'information;
- Produire les données utiles aux activités de gestion et d'assurance de la qualité;
- Assurer un soutien aux activités de gestion et d'assurance de la qualité;
- Participer à l'évaluation du PQDCS.

2. L'invitation des femmes

L'invitation des femmes au PQDCS est un mécanisme pensé, géré et supporté régionalement. Les régions invitent les femmes à participer au PQDCS. La source d'information mise à profit est le registre de population régional (fichier des bénéficiaires), fourni par la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

La RAMQ exécute une extraction de données massive de son fichier des bénéficiaires. Le fichier constituant cette extraction comprend l'information nominative sur l'ensemble des femmes visées par le programme, soit les femmes âgées entre 50 et 69 ans. La RAMQ répartit ensuite ce fichier en 18 sections correspondant aux populations régionales et l'achemine, sur support informatique,

⁶ Il s'agit de la localisation la plus probable compte tenu de l'état d'avancement des travaux du Comité d'implantation du Programme Québécois de dépistage du cancer du sein.

au support logistique du SIDCS, situé dans un établissement du réseau public de la santé (*i.e.* à chacune des régions via le support logistique, donc un seul gestionnaire de fichiers).

Le support logistique du SIDCS exploite les données reçues sur l'ordinateur prévu à cet effet. Il s'occupe de supporter les demandes de données des régions en respectant les principes de sécurité et de confidentialité des données, le cadre de référence du PQDCS et le mode de fonctionnement de chacune des régions.

Toutes les mises à jour provenant de la RAMQ, concernant les changements d'adresse, les modifications dans le numéro d'assurance-maladie, les décès ainsi que les nouvelles femmes de 50 ans qui deviennent éligibles au PQDCS, sont également assumées par le support logistique. Les échanges de données entre les régions sont effectués virtuellement sur le même ordinateur. Le système d'information supporte ce programme à partir d'un seul site au lieu de 18, pour les 18 régions.

3. Les échanges d'information entre les niveaux local, régional et provincial

Participer à l'élaboration des programmes de formation pour le personnel impliqué dans le programme. Plusieurs scénarios ont été analysés concernant les échanges d'information entre les niveaux local, régional et provincial. L'annexe A présente le modèle retenu. Un seul a été retenu pour la phase d'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Ainsi le modèle proposé couvre le cheminement de deux types d'information:

1. l'information concernant les femmes qui participent au programme de dépistage
2. l'information concernant les professionnels impliqués dans le programme.

Dans cette perspective, le système d'information s'engage à respecter les exigences de la Commission d'accès à l'information du Québec⁷:

- ✓ Code d'accès unique par utilisateur;
- ✓ Capacité de désactiver ou détruire un code d'accès;
- ✓ Authentification (mot de passe de 5 à 8 caractères, non affiché, changement périodique, refus d'accès après 5 essais);
- ✓ Profils d'accès (par fonction, selon le mode d'accès *i.e.* lecture, écriture, destruction);
- ✓ Capacité d'activer / désactiver les dossiers d'utilisateurs;
- ✓ Gestion des codes d'accès et des profils d'utilisateurs;
- ✓ Gestion des copies de sécurité;

⁷ Selon le document «Exigences minimales relatives à la sécurité des dossiers informatisés des usagers du réseau de la santé et des services sociaux», Commission d'accès à l'information du Québec, 2^e trimestre 1992.

- ✓ Annulation automatique d'une session de travail après une période d'inactivité au terminal;
- ✓ Capacité de désactivation de l'impression locale lorsque les données nominatives sont affichées;
- ✓ Journalisation des accès permettant obligatoirement de connaître:
 - Le code d'identification de l'utilisateur
 - Le nom du fichier accédé
 - Le numéro de dossier accédé
 - Le mode d'accès (lecture, écriture, destruction, etc.)
 - Le code de la transaction ou le nom du programme
 - La date et l'heure d'accès (heure, minute, seconde)
 - Les informations qui précèdent pour toutes tâches d'impression des dossiers d'utilisateur sauf les numéros des dossiers.
- ✓ Capacité de vérifier les tentatives d'accès non autorisées;
- ✓ En télécommunication, chiffrement avant transmission si l'environnement n'est pas sécuritaire;
- ✓ Consentement de l'utilisateur pour partage de dossier par plusieurs organismes.

3.1 Les centres désignés de dépistage du cancer du sein:

Le centre de dépistage devra s'assurer de recevoir le consentement libre et éclairé de la femme quant à son intention de participer ou non au Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Cette information déterminera la circulation ou non de l'information nominative reliée aux activités du PQDCS, concernant la femme.

- ✓ Les centres de dépistage désignés du cancer du sein devront colliger, sur support informatique, l'information découlant des activités du PQDCS. Ces données seront acheminées, en partie, au Support logistique, pour fins de suivi et d'évaluation du PQDCS.
- ✓ Suite à la mammographie de dépistage, les femmes qui auront un résultat négatif, c'est-à-dire une mammographie normale, recevront une lettre leur indiquant le résultat négatif et les invitant à se représenter dans deux (2) ans pour un examen de dépistage.
- ✓ Suite à la mammographie de dépistage dont le résultat est négatif, le médecin responsable de la femme recevra une lettre lui indiquant que le résultat est négatif et que sa patiente sera invitée à se représenter dans deux (2) ans pour un examen de dépistage.
- ✓ Suite à une mammographie de dépistage dont le résultat est positif, c'est-à-dire une mammographie présentant une ou des anomalies, le médecin traitant de la femme reçoit une lettre lui indiquant le résultat du dépistage et l'enjoignant de poursuivre le suivi de sa patiente en confirmation diagnostique.

- ✓ Suite à une mammographie de dépistage, les femmes qui auront un résultat positif, recevront une lettre leur indiquant le résultat positif et les invitant à consulter leur médecin traitant pour une investigation supplémentaire.
- ✓ Dans le cas d'un résultat positif à la mammographie de dépistage, le centre de dépistage recevra, via le SIDCS, le résultat de la confirmation diagnostique, pour fin de rétroaction sur la qualité des services dispensés dans le centre.

3.2 Les centres de référence investigation

- ✓ Les centres de référence pour investigation devront colliger l'information, sur support informatique ou sur papier, découlant des activités de confirmation diagnostique d'un cancer du sein. Ces données seront acheminées, via le serveur central au support logistique, pour fins de suivi du PQDCS et d'évaluation de celui-ci.
- ✓ Suite à des examens de confirmation diagnostique, les femmes qui auront un résultat négatif seront invitées à se représenter dans deux (2) ans, pour une mammographie de dépistage, ou autre selon les recommandations du radiologiste.
- ✓ Suite à des examens de confirmation diagnostique dont le résultat est négatif le médecin responsable de la femme sera informé du résultat négatif de sa patiente et que celle-ci sera invitée à se représenter dans deux (2) ans pour un examen de dépistage, ou autre selon les recommandations du radiologiste.
- ✓ Suite à des examens de confirmation diagnostique, les femmes qui auront un résultat bénin ou positif recevront les services que leur état requiert.
- ✓ Suite à des examens de confirmation diagnostique dont le résultat est bénin ou positif le médecin responsable de la femme sera informé du résultat positif de sa patiente.
- ✓ Le centre de référence pour investigation devra informer le centre de dépistage du résultat des examens de confirmation diagnostique de la patiente référée, via le SIDCS.

3.3 Les régions de par leurs fonctions de coordinations cliniques

Suite à une mammographie de dépistage dont le résultat est positif, si aucun résultat de confirmation diagnostique n'est parvenu au centre de référence pour investigation dans les délais prévus par le programme, une coordination régionale des services cliniques devra s'assurer du suivi de la femme en confirmation diagnostique auprès du médecin responsable ou de la femme elle-même.

3.4 Le support logistique

- ✓ Le support logistique assure le fonctionnement du système d'information sur le plan régional et provincial en colligeant les données provenant des centres de dépistage désignés et des centres de référence pour investigation, concernant les activités reliées au PQDCS, dans le respect de la sécurité et de la confidentialité des données nominatives.
- ✓ Il supporte la banque de données permettant d'inviter les femmes à participer au programme, en fonction de la planification régionale.

- ✓ Il supporte les activités de suivi et d'évaluation du programme, sur le plan régional et provincial du programme. L'échange d'information se fera conformément aux lois et règlements existants.
- ✓ Il met à profit l'utilisation des autres banques de données provinciales. Bien que les besoins en échange ne soient pas déterminés avec précision à l'heure actuelle, certains fichiers médicaux ont été ciblés comme pouvant comporter des données complémentaires à celles du Système d'information - dépistage du cancer du sein (SIDCS). Des échanges d'information nominative, concernant les femmes qui ont donné leur consentement sont donc à prévoir. Concernant les femmes qui n'auront pas donné leur consentement, les échanges d'information seront non-nominatif. Toutefois ces échanges se feront conformément aux lois et règlements existants. Ces fichiers sont:

⇨ **MED - ECHO**: Renseignements sur les hospitalisations, reliés au cancer du sein, dans les établissements québécois.

⇨ **Fichier des tumeurs**: Renseignements sur les cas de cancer déclarés lors d'une hospitalisation dans les centres hospitaliers de soins de courte durée, incluant les hospitalisation en soins de jour.

⇨ **Fichier des décès**: Renseignements sur les décès des résidents du Québec.

⇨ **Fichier des bénéficiaires de la Régie de l'assurance-maladie du Québec**: Renseignements sur les actes de dépistage, de confirmation diagnostique et de traitement.

⇨ **LSPQ**: Renseignements sur l'inspection annuelle portant sur le contrôle de la qualité technique des équipements de mammographie.

Les discussions concernant les échanges d'information avec la base de données canadiennes sur le dépistage du cancer du sein ne sont pas terminées. Cette banque de données permet, entre autre, la comparaison avec les résultats d'autres provinces et l'identification des femmes qui reçoivent leurs services, en tout ou en partie, d'une autre province, pour les provinces participantes. Dans l'éventualité où des échanges d'information sont prévus, ceux-ci feront l'objet d'un consentement explicite lors de l'adhésion au PQDCS et se feront conformément aux lois et règlements existants.

- ✓ Enfin, il alimente les regroupements professionnels impliqués dans le programme de dépistage du cancer du sein. Les lois ou règlements en vigueur guident les règles de circulation de l'information.

Le tableau qui suit résume l'analyse du modèle.

FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME D'INFORMATION	
ACTIVITÉS	TRAITEMENTS DES DONNÉES
Invitation, relance et rappel	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les coordinations régionales du programme définissent leur stratégie d'invitation des femmes (découpage régional, étalement dans le temps), le support logistique supporte l'invitation des femmes. ✓ La mise à jour du fichier de population régional pour l'invitation est réalisée en un seul endroit, facilitant ainsi le traitement des données du Programme. ✓ Applicable par le SIDCS dès la phase d'implantation du programme ✓ La confidentialité de l'invitation est maintenue, puisque l'accès au registre de population est limitée.
Gestion du dossier patient	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les données sont gérées en un seul site, permettant des contrôles de qualité et de sécurité plus évolués. ✓ Les échanges interrégionaux de données se font virtuellement dans le même ordinateur ✓ L'intégrité des données et leur journalisation coordonnée est assurée lors de leur agrégation dans un seul ordinateur. ✓ Facilite le suivi et la gestion de la relance pour les femmes qui passent leur examen hors région, dès la phase d'implantation du programme.
Gestion de la qualité des données	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les informations sont gérées par un plus petit nombre de personnes, localisées dans un seul site, ce qui facilite le contrôle de la qualité. ✓ La saisie en un même site de certaines données assure une meilleure standardisation. ✓ Les traitements de base faits sur ces données sont uniformes et comparables pour toutes les coordinations régionales du programme de manière à favoriser la qualité des services dispensés et à faciliter l'évaluation du programme provincial de dépistage. ✓ Les informations sont véhiculées à des fréquences optimales ou en fonction des besoins des coordinations régionales du programme. ✓ Le Support logistique répond aux demandes d'information, sur les activités du programme, de façon uniforme et standardisée. ✓ Facilite les mises à jour du fichier de population des régions, compte tenu des échanges interrégions. ✓ Facilite les mises à jour du registre des femmes inscrites au programme dans chacune des régions.
Gestion du programme	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Le suivi des femmes en confirmation diagnostique est réalisé par le coordonnateur régional clinique, par le biais d'un retour d'information provenant du centre de dépistage, pour les femmes perdues au suivi. ✓ Une seule équipe de gestion de l'information subvient aux besoins des régions, pour lesquelles le volume d'activités ne justifie pas une telle infrastructure régionale (économie d'échelle). ✓ La sécurité des données est facilitée puisque les endroits où se retrouvent ces données sont réduits. Les moyens de protection pouvant soutenir la sécurité peuvent être envisagés de façon à optimiser les contrôles d'accès aux données.

Enfin, un schéma démontrant la circulation de l'information issu du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, dans le système d'information, est proposé à l'annexe "A".

4. Autorisation - consentement

Les femmes qui désirent participer au Programme québécois de dépistage du cancer du sein auront à compléter un formulaire de consentement. L'autorisation définit concrètement la participation des femmes aux activités du programme de dépistage. Une seule autorisation sera complétée par la femme. Dans l'éventualité où elle n'adhère pas au programme, la femme ne sera privée d'aucun service. La mammographie de dépistage étant un **service assuré** pour les femmes ciblées par le programme, si la femme ne manifeste pas le désir de participer au PQDCS, elle et son médecin traitant prennent en charge son suivi pour le dépistage du cancer du sein. L'autorisation est d'une durée limitée. L'autorisation implique:

- A. L'inscription au PQDCS, impliquant une transmission d'information au système d'information régional et provincial, dans un but de suivi PQDCS, d'amélioration de la qualité du programme et de son évaluation;
- B. Le rappel aux deux ans;
- C. Le suivi, par une coordination clinique, auprès du Médecin responsable pour les femmes positives au dépistage, dans les délais prévus par le programme.
- D. Le suivi auprès de la femme s'il est impossible de rejoindre le médecin traitant.
- E. Le suivi auprès de l'établissements du réseau (centres non désignés), si la confirmation diagnostique ou le traitement n'ont pas lieu dans un centre de référence pour investigation désignés pour le PQDCS.

Les discussions entourant la participation ou non à la Banque de données canadiennes sur le dépistage du cancer du sein ne sont pas complétées, à savoir s'il y aura transmission de données agrégées ou unitaires et si la transmission de données unitaires serait nominative ou non. Il y a lieu d'évaluer que le consentement complété par la femme comprenne ou non l'autorisation d'acheminer l'information qui la concerne à la Banque de données canadiennes sur le dépistage du cancer du sein.

5. Le contrôle de la qualité et l'évaluation du PQDCS

La préoccupation de recherche constante de la plus grande qualité des services est à la base du PQDCS et doit être considérée comme la condition essentielle à la réussite du programme. En effet, il serait inutile et même probablement hasardeux de mettre en place un programme de dépistage du cancer du sein où la qualité des services ne serait pas assurée. La qualité du dépistage proprement dit, que ce soit au niveau du mammographe et de ses composantes, des techniques ou des services professionnels, est à la base même du programme et reste la seule garantie permettant de minimiser les effets négatifs du dépistage liés aux faux positifs comme aux faux négatifs. Enfin, il n'est pas possible d'obtenir les bienfaits recherchés par le dépistage sans assurer la qualité des services d'investigation et de suivi.

L'assurance de la qualité du programme est balisée par un ensemble de normes et exigences fixées par les organismes responsables et comités d'experts et par des mécanismes définis pour en assurer l'atteinte et le respect. Enfin, un système d'information unique pour toutes les régions, bien structuré et obligatoire, supporte notamment l'ensemble des mécanismes de l'assurance de la qualité.

5.1 Les objectifs du programme

Plusieurs objectifs sont visés par le PQDCS. Qu'ils spécifient des résultats à atteindre ou qu'ils proposent des étapes ou des processus, ils sont toujours interreliés et nécessaires à la réalisation complète du programme. Le programme poursuit donc les objectifs suivants:

- ✓ Réduire d'ici 2005 le taux de mortalité par cancer du sein chez les Québécoises invitées au dépistage d'au moins 25 % par rapport au taux de 1995;
- ✓ Atteindre et maintenir une participation d'au moins 70 % des Québécoises de 50 à 69 ans au PQDCS;
- ✓ Sensibiliser les femmes visées par le programme de dépistage à la problématique du cancer du sein et les informer du programme de dépistage;
- ✓ Sensibiliser tous les intervenants concernés par la problématique du cancer du sein et les informer sur le programme de dépistage pour les femmes de 50 à 69 ans;
- ✓ Réaliser un dépistage par mammographie aux deux ans chez les femmes participant au programme;
- ✓ Réaliser 100 % des examens de mammographie de dépistage dans des centres désignés, répondant à des exigences et critères précis de certification et souscrivant à l'assurance de la qualité;
- ✓ Assurer à toutes les femmes participantes au programme de dépistage par mammographie un accueil, un soutien et un suivi de grande qualité, répondant à leurs besoins et favorisant le maintien de leur qualité de vie;
- ✓ Fournir des services de dépistage et de référence pour investigation dans un environnement accessible, rassurant et garantissant la discrétion et l'intimité requise;
- ✓ Maximiser la détection des cancers, particulièrement les tumeurs de petites tailles, et minimiser les effets négatifs associés au dépistage;
- ✓ Réduire les intervalles de temps entre les différentes étapes du cheminement des femmes, notamment la réception des résultats de la mammographie, la référence pour investigation et la réalisation des différentes procédures requises;
- ✓ Favoriser l'implication active des femmes dans les décisions concernant leur santé et le fonctionnement du programme;
- ✓ Assurer la formation appropriée au personnel impliqué dans tout le processus de dépistage et lui fournir les informations nécessaires;
- ✓ Assurer que l'information nécessaire à la gestion, à l'évaluation et à l'assurance de la qualité du programme soit colligée et traitée de façon standardisée, exhaustive et confidentielle;

- ✓ Implanter, gérer et adapter le programme avec la participation constante des intervenants et des femmes.

De plus, quelques huit indicateurs tirés du cadre de référence du programme permettent de juger du succès et de l'évolution de la performance d'un programme de dépistage du cancer du sein. Globalement, ces indicateurs mesurent le succès du programme dans la détection précoce des cancers présents chez la population ciblée, une condition nécessaire à son effet sur la mortalité, et dans la minimisation des effets indésirables du dépistage. Ces indicateurs sont :

- ✓ Taux de couverture;
- ✓ Taux de référence pour investigation;
- ✓ Taux de cancers détectés;
- ✓ Proportion des cancers de petites tailles;
- ✓ Taux de biopsies pour tumeurs bénignes;
- ✓ Ratio malin : bénin des biopsies;
- ✓ Coût par participante;
- ✓ Coût par cancer détecté.

Ainsi, pour mesurer l'atteinte de ces objectifs par le PQDCS, un certain nombre d'information, non-nominative pour la grande majorité des mesures, doivent nécessairement circuler dans le système d'information du PQDCS.

6. Les échanges d'information

Pour chacune des données qui devront circuler dans le système d'information, on doit démontrer la **nécessité** et l'**obligation** de conserver cette information de façon nominative. Les modalités pour la circulation de cette information, nominative ou non, sera fonction de la nécessité de celle-ci, pour chacun des intervenants. Les tableaux qui suivent listent toute l'information **issue** des activités du PQDCS, ils présentent l'information selon deux grands groupes d'activités du Programme, soit le dépistage et la confirmation diagnostique. La première colonne des tableaux définit les intervenants impliqués dans les échanges de données (expéditeurs et destinataires). La deuxième colonne présente la nature de l'information qui doit **circuler**. La troisième précise les modalités de l'échange de l'information, *i.e.* nominative ou non. Enfin, à la quatrième colonne des tableaux, vous trouverez la justification de cet échange nominatif. Le détail des informations qui seront traitées dans chacun des champs d'information est présenté à l'Annexe B. Enfin, l'Annexe C propose les outils qui seront utilisés pour la collecte de cette information, soit les "Grilles de codification des activités cliniques".

1. ACTIVITÉS DE DÉPISTAGE

ÉCHANGES D'INFORMATION Expéditeurs -----> Destinataires		NATURE DE L'INFORMATION	NOMINATIVE OU NON	UTILITÉ
Centre de dépistage	vers Participante au PQDCS Médecin responsable	✓ Rapport du radiologiste	✓ Nominative	Transmission du résultat de l'activité clinique.
Centre de dépistage	vers Centre de référence pour investigation	✓ Autorisation - consentement ✓ Antécédents ✓ Coordonnées du médecin responsable ✓ Rapport du radiologiste	✓ Nominative	Suivi clinique dans le cadre du PQDCS, conformément à la pratique actuelle entre deux établissements
Centre de référence pour investigation	vers Fonctions de Coordination clinique	✓ Autorisation - consentement ✓ Identification du médecin traitant ✓ Rapport du radiologiste	✓ Nominative	Femme perdue au suivi
Centre de dépistage	vers Région (S.L.) ⁸	✓ Autorisation consentement ✓ Identification de la participante ✓ Identification du médecin traitant ✓ Rendez-vous ✓ Antécédents médicaux (facteurs de risque) ✓ Source d'information pour participer au PQDCS ✓ Prescription médicale pour la mammographie de dépistage ✓ Mammographie ✓ Rapport du radiologiste	✓ Nominative	✓ Suivi du PQDCS ✓ Rappel de la femme ✓ Gestion des délais entre les activités du PQDCS
Centre de dépistage	vers Région (S.L.) ⁹	✓ Contrôle de qualité technique	✓ Nominative	Assurance de la qualité des activités cliniques du PQDCS

⁸ Fichier régional dans le serveur central au support logistique.

⁹ Idem

1. ACTIVITÉS DE DÉPISTAGE

ÉCHANGES D'INFORMATION Expéditeurs -----> Destinataires			NATURE DE L'INFORMATION	NOMINATIVE OU NON	UTILITÉ
Région (S.L.)	vers	Niveau central (S.L.) ¹⁰	✓ Autorisation - consentement ✓ Rendez-vous ✓ Antécédents médicaux (facteurs de risque) ✓ Source d'information pour participer au PQDCS ✓ Prescription médicale pour la mammographie de dépistage ✓ Mammographie ✓ Rapport du radiologiste	✓ Non- nominative ¹¹ (*)	Évaluation du PQDCS
Région (S.L.) ¹²	vers	Niveau central (S.L.) ¹³	✓ Contrôle de qualité technique des équipements de mammographie	✓ Nominative	✓ Désignation des centres ✓ Assurance de la qualité des activités cliniques du PQDCS

Document de travail

¹⁰ Fichier provincial dans le serveur central au support logistique.

¹¹ (*) A moins que l'accès soit prévue dans le cadre de Lois ou Règlements.

¹² Fichier régional dans le serveur central au support logistique.

¹³ Fichier provincial dans le serveur central au support logistique.

2. ACTIVITÉS DE CONFIRMATION DIAGNOSTIQUE

2.1 Résultat de confirmation diagnostique

ÉCHANGES D'INFORMATION Expéditeurs -----> Destinataires			CHAMPS D'INFORMATION	NOMINATIVE OU NON	UTILITÉ
Centre de référence pour investigation	vers	Participant au PQDCS Médecin responsable	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Examen physique ✓ Examens radiologiques de confirmation diagnostique ✓ Examens invasifs de confirmation diagnostique ✓ Résumé de la confirmation diagnostique 	✓ Nominative	Transmission du résultat de l'activité clinique.
Centre de référence pour investigation	vers	Région (S.L.) ¹⁴	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identification de la participante ✓ Identification de l'établissement ✓ Date du premier rendez-vous en confirmation diagnostique ✓ Examen physique ✓ Examens radiologiques de confirmation diagnostique ✓ Examens invasifs de confirmation diagnostique ✓ Résumé de la confirmation diagnostique 	✓ Nominative	Suivi du PQDCS
Centre de référence pour investigation	vers	Centre de dépistage	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Résumé de la confirmation diagnostique 	✓ Nominative	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Suivi du PQDCS ✓ Résultat: Assurance qualité des activités cliniques du PQDCS
Centre de référence pour investigation	vers	Région (S.L.) ¹⁵	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Contrôle de la qualité technique 	✓ Nominative	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assurance de la qualité des activités cliniques du PQDCS

¹⁴ Fichier régional dans le serveur central au support logistique.

¹⁵ Fichier régional dans le serveur central au support logistique.

2. ACTIVITÉS DE CONFIRMATION DIAGNOSTIQUE

2.1 Résultat de confirmation diagnostique

ÉCHANGES D'INFORMATION Expéditeurs -----> Destinataires			CHAMPS D'INFORMATION	NOMINATIVE OU NON	UTILITÉ
Région (S.L.) ¹⁶	vers	Niveau central (S.L.) ¹⁷	✓ Contrôle de la qualité technique	✓ Nominative	✓ Assurance de la qualité des activités cliniques du PQDCS
Région (S.L.) ¹⁸	vers	Niveau central (S.L.) ¹⁹	✓ Date du premier rendez- vous en confirmation diagnostique ✓ Examen physique ✓ Examens radiologiques de confirmation diagnostique ✓ Examens invasifs de confirmation diagnostique ✓ Résumé de la confirmation diagnostique	✓ Non- nominative(*)	✓ Évaluation du PQDCS

Document de travail

¹⁶ Fichier régional dans le serveur central au support logistique.

¹⁷ Fichier provincial dans le serveur central au support logistique

¹⁸ Idem

¹⁹ Fichier provincial dans le serveur central au support logistique.

2. ACTIVITES DE CONFIRMATION DIAGNOSTIQUE
2.2 Rapport de cytologie

ÉCHANGES D'INFORMATION Expéditeurs -----> Destinataires			CHAMPS D'INFORMATION	NOMINATIVE OU NON	UTILITÉ
Centre de référence pour investigation	vers	Médecin responsable	✓ Résultat et rapport de cytologie	✓ Nominative	✓ Transmission du résultat de la patiente, tel que la pratique actuelle
Centre de référence pour investigation	vers	Région (S.L.) ²⁰	✓ Identification de la participante ✓ Identification du centre ✓ Résultat et rapport de cytologie	✓ Nominative	✓ Suivi du PQDCS
Région (S.L.) ²¹	vers	Niveau central (S.L.) ²²	✓ Résultat et rapport de cytologie	✓ Non-nominative(*)	✓ Évaluation du PQDCS

Document de travail

²⁰ Fichier régional dans le serveur central au support logistique.

²¹ Fichier régional dans le serveur central au support logistique.

²² Fichier provincial dans le serveur central au support logistique.

2. CENTRE DE RÉFÉRENCE POUR Investigation
2.3 Rapport de pathologie des pièces chirurgicales

ÉCHANGES D'INFORMATION Expéditeurs -----> Destinataires			CHAMPS D'INFORMATION	NOMINATIVE OU NON	UTILITÉ
Centre de référence pour investigation	vers	Médecin traitant	✓ Diagnostic histopathologique	✓ Nominative	✓ Transmission du résultat de la femme, tel que fait dans la pratique actuelle.
Centre de référence pour investigation	vers	Région (S.L.) ²³	✓ Identification de la participante ✓ Identification du centre ✓ Prélèvements ✓ Données macroscopiques ✓ Diagnostic histopathologique	✓ Nominative	✓ Suivi régional du PQDCS
Région (S.L.) ²⁴	vers	Niveau central (S.L.) ²⁵	✓ Prélèvements ✓ Données macroscopiques ✓ Diagnostic histopathologique	✓ Non-nominative(*)	✓ Évaluation du PQDCS

Document de travail

²³ Fichier régional dans le serveur central au support logistique.

²⁴ Fichier régional dans le serveur central au support logistique.

²⁵ Fichier provincial dans le serveur central au support logistique.

2. ACTIVITÉS DE CONFIRMATION DIAGNOSTIQUE
2.4 Rapport détaillé concernant le cancer

ÉCHANGES D'INFORMATION Expéditeurs -----> Destinataires			CHAMPS D'INFORMATION	NOMINATIVE OU NON	UTILITÉ
Centre de référence pour investigation	vers	Médecin responsable	✓Détail du type de cancer ✓Bilan métastatique ✓État des récepteurs hormonaux ✓TNM ✓Évaluation du stade de cancer ✓Traitement ✓Rapport	✓Nominative	✓Transmission du résultat de la participante
Centre de référence pour investigation	vers	Région (S.L.) ²⁶	✓Identification de la participante ✓Identification du centre ✓Détail du type de cancer ✓Bilan métastatique ✓État des récepteurs hormonaux ✓TNM ✓Évaluation du stade de cancer ✓Traitement ✓Rapport	✓Nominative	✓Suivi régional du PQDCS
Région (S.L.) ²⁷	vers	Niveau central (S.L.) ²⁸	✓Détail du type de cancer ✓Bilan métastatique ✓État des récepteurs hormonaux ✓TNM ✓Évaluation du stade de cancer ✓Traitement ✓Rapport	✓Non-nominative(*)	✓Évaluation du PQDCS

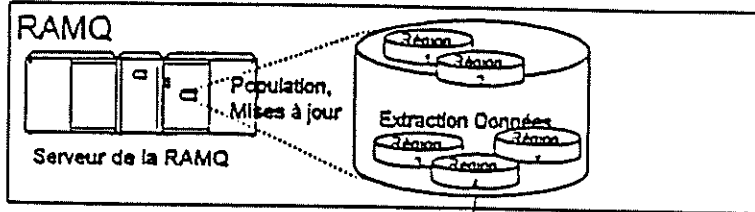
²⁶ Fichier régional dans le serveur central au support logistique.

²⁷ Idem

²⁸ Fichier provincial dans le serveur central au support logistique.

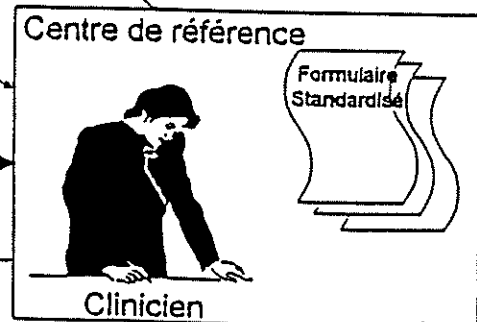
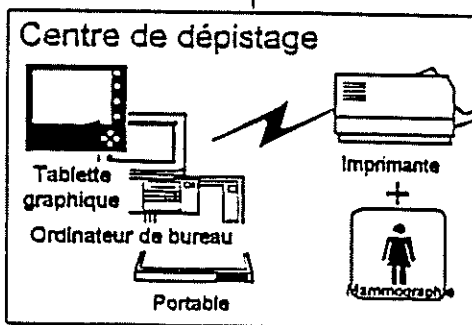
Document de travail

ANNEXE A



Région 01	Support logistique à la coordination du programme et serveur provincial	Région 10
Région 02		Région 11
Région 03		Région 12
Région 04		Région 13
Région 05		Région 14
Région 06		Région 15
Région 07		Région 16
Région 08		Région 17
Région 09		Région 18
Région 10		Serveur provincial

Detailed description: A central box containing a grid of regions (01-18) and a central text block: 'Support logistique à la coordination du programme et serveur provincial'. To the right of the grid is an icon of a server rack and a computer monitor with the word 'processus' written below it. At the bottom right of the grid is the text 'Serveur provincial'.



Document de travail

ANNEXE B

CHEMINEMENT DE L'INFORMATION SUR LES FEMMES
DANS LE CADRE DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN
ANNEXE B

CHEMINEMENT DE L'INFORMATION SUR LES FEMMES,
DANS LE CADRE DU PROGRAMME DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

INFORMATIONS GÉRÉES - CHAMPS D'INFORMATION

1. Local: Centre de dépistage

Autorisation - Consentement

oui, non

Si non, les informations qui suivent sont colligées au dossier médical seulement. Ces informations peuvent être transmises, sous-forme non-nominative pour fin d'évaluation du PQDCS.

Identification de la participante:

- Nom, prénom à la naissance
- NAM,
- No PQ-DCS
- Adresse complète (no. civique, rue, no.apr., ville, code postal)
- Téléphone (résidence, travail)
- Langue choisie (français - anglais)

Identification du médecin traitant, médecin référant et à qui envoyé le résultat

- Nom et prénom
- Coordonnées

Identification de l'établissement

- Nom de l'établissement
- Adresse complète(No civique, rue, No bureau, Ville, Code postal)
- Code (RAMQ) de l'établissement

Rendez-vous

- Date de l'appel pour la prise de rendez-vous
- Date du rendez-vous

Antécédents médicaux (facteurs de risque)

- Mammographie antérieure
 - Oui, non
 - Date et lieu de la mammographie
- Examen physique des seins depuis la dernière année
 - Oui, non
 - Fait par médecin, infirmière, autre
- Problèmes aux seins(actuellement ou antérieurement)

**CHEMINEMENT DE L'INFORMATION SUR LES FEMMES
DANS LE CADRE DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN
ANNEXE B**

- Oui, non
- Douleurs, écoulements, masse(bosses), inversion du mamelon, autres)
- Chirurgie du sein
 - Non
 - Si oui:
 - Réduction mammaire (date, localisation sein droit ou gauche et résultat)
 - Mastectomie (date, localisation sein droit ou gauche et résultat)
 - Ponction (date, localisation sein droit ou gauche et résultat)
 - Biopsie (date, localisation sein droit ou gauche et résultat)
 - Autres (date, localisation sein droit ou gauche et résultat)
- Prothèses mammaires (actuellement ou antérieurement)
 - Oui, non
 - Sein(s) gauche, droit, nombre d'année
- Cancer du sein dans la famille (Mère, soeur et fille)
 - Oui, non
 - Age des femmes au cancer
- Prise d'hormones(actuellement ou antérieurement)
 - Oui, non
 - Nombre d'année
- Ménopause
 - Oui, non
 - Depuis quel âge
- Grossesses à terme
 - Oui, non
 - Avant ou après 30 ans

Source d'information pour participer au PQ-DCS

Invitation reçue par la poste, Médecin traitant, Publicité, Bouche à oreille

Prescription médicale pour la mammographie de dépistage

Oui, non

Contrôle de qualité technique

- Tests et résultats

Mammographie

- Date de la mammographie
- Nom du technologue
- No de licence du technologue
- Identification de l'équipement utilisé (mammographe)

CHEMINEMENT DE L'INFORMATION SUR LES FEMMES
DANS LE CADRE DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN
ANNEXE B

- Type de mammographie: Code RAMQ
- Types de clichés
 - Réguliers
 - Seins volumineux
 - Prothèses
 - Problèmes techniques
- Nombres de clichés
- Facteurs techniques (MAS, KV)
- Rapport du radiologiste
- Date de la lecture
- Nom et prénom du radiologiste
- No de licence du radiologiste
- Aspect du parenchyme (Wolfe)
 - Seins involués- seins peu denses - seins modérément denses - seins très denses
- Résultats de la mammographie de dépistage
 - Recommandation:*
 - Normal revoir dans deux ans
 - Normal, revoir dans deux ans (inchangé avec l'examen antérieur)
 - Normal, anomalie bénigne (inchangé avec l'examen antérieur), revoir dans deux ans
 - Anormal, référence pour confirmation diagnostique
 - Type de lésion
 - Anomalie focale
 - Anomalie multifocale
 - Anomalie diffuse
 - Microcalcification : localisation
 - Masse : localisation
 - Distorsion : localisation
 - Densité asymétrique : localisation
 - Autres : localisation
 - Y a t-il suspicion de malignité (oui, non, révision demandée)
- Taille estimée de la lésion
- Commentaires
- Recommandations du radiologiste:
 - Examen physique (latéralité)
 - Mammographie de contrôle plus rapproché dans X mois: (latéralité)
 - Examens radiologiques supplémentaires nécessaires:(latéralité)

**CHEMINEMENT DE L'INFORMATION SUR LES FEMMES
DANS LE CADRE DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN
ANNEXE B**

- Incidences supplémentaires
 - Agrandissements
 - Compresion
 - Échographie (latéralité)
 - comparaison avec clichés antérieurs
 - Examen invasif (latéralité)
- Double lecture : Identification du 2^{ème} radiologiste - No de licence: Y a t-il suspicion de malignité
 - Identification du médecin traitant, rapport donné à la date X
 - Mode de communication du résultat au médecin traitant
 - Date de l'envoi du résultat à la femme
 - Identification du centre de référence pour le diagnostic
 - Date du rendez-vous au centre de référence pour le diagnostic

2. Centre de référence pour le diagnostic

2.1 Résultat de confirmation diagnostique

Identification de la participante:

- Nom, prénom
- NAM,
- No PQ-DCS
- Adresse complète (no. civique, rue, no.apt., ville, code postal)
- Téléphone (résidence, travail)
- Langue choisie

Identification de l'établissement

- Nom de l'établissement
- Adresse complète (No civique, rue, No bureau, Ville, Code postal)
- Code (RAMQ) de l'établissement

Contrôle de qualité technique (équipement de mammographie)

- Tests et résultats

Date du premier rendez-vous en confirmation diagnostique

- Date de prise du premier rendez-vous
- Date du premier rendez-vous

Examen physique réalisé

- Nom et prénom du médecin
- # licence
- Date de l'examen
- Sein droit - gauche

CHEMINEMENT DE L'INFORMATION SUR LES FEMMES
DANS LE CADRE DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN
ANNEXE B

- Description:
 - Ganglions sus-claviculaires: latéralité, absents, non-suspect, suspects
 - Ganglions axillaires:latéralité, absents, non-suspect, suspects
- Résultat: CONCLUANT - EXAMENS SUPPLÉMENTAIRES NÉCESSAIRES
- Examens radiologiques de confirmation diagnostique réalisés
- Nom et prénom du médecin
- # licence
- Date de l'examen
- Incidences supplémentaires
 - Sein dr. ou ga.
 - Date réalisé
- Agrandissements
 - Sein dr. ou ga.
 - Date réalisé
- Compression
 - Sein dr. ou ga.
 - Date réalisé
- Échographie
 - Sein dr. ou ga.
 - Date réalisé
- Comparaison avec clichés antérieurs
- Résultat: CONCLUANT - EXAMENS SUPPLÉMENTAIRES NÉCESSAIRES
- Détails du résultat des examens radiologiques de confirmation diagnostique
 - Confirmation diagnostique radiologique négative, revoir dans 2 ans
 - Confirmation diagnostique radiologique bénigne, revoir dans 2 ans:
 - Masse, microcalcifications, autres
 - Confirmation diagnostique probablement bénigne, revoir dans X mois: ____ mois:
 - Masse, microcalcifications, autres
 - Confirmation diagnostique radiologique modérément suspecte:
 - Masse, microcalcifications, densité asymétrique, distorsion, autres
 - Aspiration à l'aiguille fine stéréoguidée suggérée
 - Aspiration à l'aiguille fine échoguidée suggérée
 - Biopsie au trocart stéréoguidée suggérée
 - Biopsie au trocart échoguidée suggérée
 - Biopsie excisionnelle suggérée
 - Confirmation diagnostique hautement suggestive de malignité

**CHEMINEMENT DE L'INFORMATION SUR LES FEMMES
DANS LE CADRE DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN
ANNEXE B**

- Aspiration à l'aiguille fine stéréoguidée suggérée
- Aspiration à l'aiguille fine échoguidée suggérée
- Biopsie au trocart stéréoguidée suggérée
- Biopsie au trocart échoguidée suggérée

Examens invasifs de confirmation diagnostique réalisés

- Aspiration à l'aiguille fine

- Nom et prénom du médecin

- # licence

- Sein dr. ou ga. ● Date réalisée
- Échoguidée, stéréoguidée, guidée cliniquement
- Kyste, oui, non ,

 > cytologie demandée, oui, non

- Résultat : CONCLUANT, EXAMENS SUPPLÉMENTAIRES NÉCESSAIRES

- Biopsie au trocart

- Nom et prénom du médecin

- # licence

- Sein dr. ou ga. ● Date réalisée
- Échoguidée, stéréoguidée, guidée cliniquement
- Résultat : CONCLUANT, EXAMENS SUPPLÉMENTAIRES NÉCESSAIRES

- Biopsie incisionnelle

- Nom et prénom du médecin

- # licence

- Sein dr. ou ga. ● Date réalisée
- Stéréoguidée, Ouverte
- Résultat : CONCLUANT, EXAMENS SUPPLÉMENTAIRES NÉCESSAIRES

- Biopsie excisionnelle

- Nom et prénom du médecin

- # licence

- Sein dr. ou ga. ● Date réalisée
- Stéréoguidée, ouverte
- Résultat : CONCLUANT, EXAMENS SUPPLÉMENTAIRES NÉCESSAIRES

- Mastectomie partielle

- Nom et prénom du médecin

- # licence

- Sein dr. ou ga. ● Date réalisée
- Résultat : CONCLUANT, EXAMENS SUPPLÉMENTAIRES NÉCESSAIRES

CHEMINEMENT DE L'INFORMATION SUR LES FEMMES
DANS LE CADRE DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN
ANNEXE B

- **Autres manoeuvres diagnostique invasives:** spécifiez
- Nom et prénom du médecin
- # licence
- Sein dr. ou ga. • Date réalisé
- Résultat : CONCLUANT, EXAMENS SUPPLÉMENTAIRES NÉCESSAIRES

Résumé de la confirmation diagnostique

- Résultat
 - Normal
 - Bénin,
 - À risque bas
 - À risque élevé
 - Malin
 - Contrôle requis: non, oui, dans X mois
- Nom et prénom du médecin
- # de licence
- date

Rapport de la confirmation diagnostique

- Identification du médecin traitant et date de l'envoi du rapport
- Date de l'envoi du rapport au centre de dépistage
- Date de l'envoi du rapport au coordonnateur provincial

2. Centre de référence pour le diagnostic (suite)

2.2 Rapport de cytologie

Identification de la participante:

- Nom, prénom
- NAM,
- No PQ-DCS
- Adresse complète (no. civique, rue, no.apt., ville, code postal)
- Téléphone (résidence, travail)
- Langue choisie

Identification du centre (département de pathologie)

- Nom de l'établissement
- Adresse complète (No civique, rue, No bureau, Ville, Code postal)
- Code (RAMQ) de l'établissement:

Rapport de cytologie

**CHEMINEMENT DE L'INFORMATION SUR LES FEMMES
DANS LE CADRE DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN
ANNEXE B**

- Nom et prénom du pathologiste
- # licence
- Date
- Numéro du rapport de cytologie
- Sein droit ou gauche
- Type de matériel cytologique:
 - Ponction à l'aiguille fine (lésion solide)
 - Ponction à l'aiguille fine (kyste)
 - Écoulement mammelonnaire
 - Grattage (peau/mamelon)
- Diagnostic:
 - Inadéquat
 - Morphologie bénigne
 - Atypies cellulaires, probablement bénigne
 - Atypies cellulaires prononcées, probablement malignes
 - Morphologie maligne

2. Centre de référence pour le diagnostic (suite)

2.3 Rapport de pathologie des pièces chirurgicales

Identification de la participante:

- Nom, prénom
- NAM,
- No PQ-DCS
- Adresse complète (no. civique, rue, no.apr., ville, code postal)
- Téléphone (résidence, travail)
- Langue choisie

Identification du centre (département de pathologie)

- Nom de l'établissement
- Adresse complète (No civique, rue, No bureau, Ville, Code postal)
- Code (RAMQ) de l'établissement:

Prélèvements

- Examen radiologique du prélèvement
 - non
 - oui
- ▶ Microcalcifications: Absente, présentes

**CHEMINEMENT DE L'INFORMATION SUR LES FEMMES
DANS LE CADRE DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN
ANNEXE B**

- Biopsie à l'aiguille de gros calibre (trocart)
 - latéralité,
 - date,
 - numéro du rapport de pathologie
- Biopsie incisionnelle
 - latéralité,
 - date,
 - numéro du rapport de pathologie
- Biopsie excisionnelle
 - latéralité,
 - date,
 - numéro du rapport de pathologie
- Mastectomie partielle
 - latéralité,
 - date,
 - numéro du rapport de pathologie
- Mastectomie totale
 - latéralité,
 - date,
 - numéro du rapport de pathologie
- Évidement ganglionnaire
 - latéralité,
 - date,
 - numéro du rapport de pathologie
- Réexcision du plan d'exérèse
 - latéralité,
 - date,
 - numéro du rapport de pathologie

Données macroscopiques

- Taille de la pièce chirurgicale ou de l'agrégat
- Si plus d'une pièce tissulaire pour une même intervention chirurgicale
 - Nombre de fragments
 - taille de l'agrégat

Diagnostic histopathologique

-Bénigne:

- Aucune observée

CHEMINEMENT DE L'INFORMATION SUR LES FEMMES
DANS LE CADRE DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN
ANNEXE B

- Adénose sclérosante
 - Papillome unique
 - Cicatrice radiaire / lésion sclérosante complexe
 - Hyperplasie épithéliale intracanaulaire, légère (sans atypie)
 - Modifications fibrokystiques
 - Fobroadénome
 - Papillomes multiples
 - Mastite péricanaulaire / ectasie canalaire
 - Hyperplasie épithéliale intracanaulaire, modérée ou floride (sans atypie)
- Lésion à risque élevé:
- Aucune observée
 - Hyperplasie intracanaulaire atypique
 - Hyperplasie lobulaire atypique
 - Néoplasie lobulaire (carcinome lobulaire in situ)
- Maligne:
- Carcinome canalaire in situ (intracanaulaire, non-envahissant):**
- Aspect architectural
 - Micropapillaire
 - Cribriforme
 - Papillaire
 - Comédocarcinome
 - Solide
 - Garde nucléaire (I - II - III , non évaluable)
 - Nécrose:
 - Absente, présente
 - Aspect général
 - Localisé, diamètre maximale mesurable
 - Non-localisé, nombre de lames contenant la lésion, nombre total de lames examinées.
 - Microinvasion:
 - Aucune observée, Douteuse
 - Autres renseignements:
 - Maladie de paget: absente, présente, ne s'applique pas
 - Tumeur infiltrante: Atteint le plan d'exérèse, N'atteint pas le plan d'exérèse, ne s'applique pas
 - Carcinome in situ: Absente, présente, ne s'applique pas
 - Évidement ganglionnaire axillaire: Non, oui: Nombre de ganglions métastatique, Nombre total de ganglions examinés.

**CHEMINEMENT DE L'INFORMATION SUR LES FEMMES
DANS LE CADRE DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN
ANNEXE B**

Carcinome infiltrant (envahissant):

- Diamètre maximal (Composante envahissante)
 - Type histologique: - Carcinome canalaire, type habituel, - Carcinome cribriforme- Carcinome mucineux- Carcinome lobulaire- Carcinome tubuleux (tubulaire)- Carcinome médullaire- Carcinome papillaire
 - Grade histologique: I, II, III, non évaluable
 - Composante intracanaire:
 - Absente- Présente:
 - Quelle proportion de la masse est constituée de carcinome in situ?
 - ✓ Faible
 - ✓ Modérée
 - ✓ Importante
 - ✓ Massive
 - Le carcinome in situ se retrouve à distance de la masse tumorale dominante (>2 mm ou > 1 grand champs à 10,0X) : non, oui
 - Maladie de Paget: absente, présente, ne s'applique pas
 - Tumeur infiltrante: Atteint le plan d'exérèse, N'atteint pas le plan d'exérèse, ne s'applique pas
 - Carcinome in situ: Absente, présente, ne s'applique pas
 - Évidement ganglionnaire axillaire: Non, oui: Nombre de ganglions métastatique, Nombre total de ganglions examinés.
- Nom du pathologiste, # de licence , date

2. Centre de référence pour le diagnostic (suite)

2.3 Rapport détaillé concernant le cancer du sein

Identification de la participante

- Nom et prénom
- Adresse complète
- Téléphone résidence et travail
- NAM
- No PQ-DCS
- Langue choisie

Identification du centre

- Nom de l'établissement
- Adresse complète
- Code (RAMQ) de l'établissement

**CHEMINEMENT DE L'INFORMATION SUR LES FEMMES
DANS LE CADRE DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN
ANNEXE B**

Détail du type de cancer

- Date de la dernière mammographie
- Date de la confirmation Dx de malignité
- Cancer d'intervalle: oui, non
- Topographie, latéralité
- Morphologie, latéralité
- Garde, latéralité

Bilan métastatique

- Niveau ganglionnaire, non fait, normal, anormal: ganglions positifs, ganglions totaux
- Radiographie pulmonaire, non fait, normal, anormale
- Scintigraphie osseuse, non fait, normal, anormal
- Bilan hépatique:
 - 1- enzymes: non fait, normaux, anormaux
 - 2- échographie du foie: non fait, normale, anormale

État des récepteurs hormonaux

- RO: non fait, négatif, positif: 1- biochimie 2- immunohistochimie
- RP: non fait, négatif, positif: 1- biochimie 2- immunohistochimie

TNM

A) Taille de tumeur primaire:

- **TX** impossibilité de confirmer une tumeur primaire
- **T0** pas évidence de tumeur primaire
- **Tis** carcinome in situ: carcinome canalaire ou lobulaire, ou maladie de paget mammelonnaire sans tumeur
- **T1** tumeur X \leq 20 mm
- **T1a** tumeur X \leq 5 mm
- **T1b** tumeur 5 mm $<$ X \leq 10 mm
- **T1c** tumeur 10 mm $<$ X \leq 20 mm
- **T2** tumeur 20 mm $<$ X \leq 50 mm
- **T3** tumeur $>$ 50 mm
- **T4** tumeur de toutes dimensions fixée à la paroi thoracique ou avec invasion de la peau.
- **T4a** tumeur de toutes dimensions fixée à la paroi thoracique.
- **T4b** oedème (incluant peau d'orange) ou ulcération de la peau du sein ou nodules satellites de la peau confinés au même sein.
- **T4c** À la fois - tumeur de toutes dimensions fixée à la paroi thoracique et oedème (incluant peau d'orange)

**CHEMINEMENT DE L'INFORMATION SUR LES FEMMES
DANS LE CADRE DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN
ANNEXE B**

ou ulcération de la peau du sein ou nodules satellites de la peau confinés au même sein.

- **T4d** tumeur de toutes dimensions fixée à la paroi thoracique ou avec invasion de la peau, carcinome inflammatoire.

B) Classification pathologique:

- **pNX** impossibilité de confirmer l'état des ganglions.
- **pN0** pas de métastase régionale des ganglions lymphatiques.
- **pN1** métastases des ganglions lymphatiques axillaires ipsilatéraux non fixés.
- **pN1a** micrométastases seulement (tous ≤ 2 mm).
- **pN1b** métastases des ganglions lymphatiques (au moins 1 ganglion $>$ que 2 mm).
- **pN1bi** métastases de 1 à 3 ganglions lymphatiques (au moins 1 ganglion $>$ 2 mm et tous $<$ 20 mm).
- **pN1bii** métastase à plus de 4 ganglions lymphatiques (au moins 1 ganglion $>$ que 2 mm et tous $<$ 20 mm).
- **pN1biii** extension de la tumeur au-delà de la capsule d'un ganglion métastatique $>$ 20 mm.
- **pN1biv** métastase d'un ganglion de plus de 20 mm.
- **pN2** métastases aux ganglions lymphatiques axillaires ipsilatéraux fixés à une ou plusieurs autres structures.
- **pN3** métastases aux ganglions mammaires internes ipsilatéraux.

C) Métastases à distances

- **MX** impossibilité de confirmer la présence de métastases à distance.
- **M0** pas de métastase à distance.
- **M1** métastases à distance (incluant les métastases aux ganglions sus-claviculaires ipsilatéraux).

Évaluation du stade du cancer du sein (TNM)

STADE	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
IIB	T2	N0	M0
	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0

CHEMINEMENT DE L'INFORMATION SUR LES FEMMES
DANS LE CADRE DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN
ANNEXE B

STADE	T	N	M
	T3	N1	M0
IIIB	T4	N0 à N2	M0
	Tis à T4	N3	M0
IV	Tis à T4	N0 à N2	M1

Traitement (simple ou adjuvant)

- Chirurgie; code RAMQ
 - Date
- Radiothérapie
 - Date du début du traitement
- Chimiothérapie
 - Date du début du traitement
- Hormonothérapie
 - Date du début du traitement
- Traitement expérimental:
 - Date du début du traitement
 - Protocole de recherche dirigé par:
- Autre:
 - Date
- Aucun

Rapport

- Date du rapport envoyé au médecin traitant
- Date du rapport envoyé au coordonnateur du centre de confirmation diagnostique
- Date du rapport envoyé à la coordination provinciale
- Signature et numéro de licence de:
 - Chirurgien
 - Pathologiste
 - Oncologue

Document de travail

ANNEXE C



HÔTEL-DIEU DE LÉVIS

SERVICE PROVINCIAL DE DÉPISTAGE PARLAB

**SYSTÈME D'INFORMATION *PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE*
*DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (SI-PQDCS)***

**RÉPLICATION DES DONNÉES AUX PALIERS
PROVINCIAL ET RÉGIONAL**

Service provincial de dépistage Parlab

AVRIL 1997

**SYSTÈME D'INFORMATION PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE
DU CANCER DU SEIN (SI-PQDCS)
RÉPLICATION DES DONNÉES AUX PALIERS PROVINCIAL ET RÉGIONAL**

1. PRÉAMBULE

Dans le cadre des fonctions assumées par les différents intervenants du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, le SI-PQDCS supporte, entre autres, des fonctions de réplique des données aux paliers provincial et régional, dans le but de permettre la réalisation des activités prévues dans le cadre du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*. Ainsi, le coordonnateur des services d'une région doit inviter les femmes de 50 à 69 ans à participer au *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* de même, il doit garantir aux participantes au programme un suivi clinique pour les résultats de la mammographie de dépistage ainsi que pour le suivi en confirmation diagnostique lorsque requis. Par ailleurs, le coordonnateur régional (ou autres intervenants des directions régionales de santé publique ou de la Régie régionale), doit gérer et évaluer la performance du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*. Pour supporter ces fonctions régionales, les données d'identification des femmes admissibles au *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* provenant du fichier des bénéficiaires de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (données personnalisées), de même que les données issues des activités prévues dans le cadre du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (données dépersonnalisées) doivent être répliquées aux paliers provincial et régional. Les prochaines lignes traiteront donc de cette réplique de l'information aux paliers provincial et régional.

Enfin, le schéma en annexe présente, de façon générale, la circulation de l'information dans le cadre du SI-PQDCS.

2. RÉPLICATION DES DONNÉES AU PALIER PROVINCIAL DU SI-PQDCS

Les données regroupant l'ensemble des activités réalisées dans le cadre du PQDCS, concernant les femmes de 50 à 69 ans, sera partitionnée en deux afin de répondre à des besoins de protection de l'information. Ainsi, au site d'opération provincial du SI-PQDCS, on retrouvera deux bases de données. La première concerne l'identification des femmes (*i.e.* « Fichier de la population cible ») la seconde concerne les activités réalisées dans le cadre du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*.

2.1 « Fichier de la population cible »

L'information nécessaire à l'invitation, à la relance et au rappel des femmes, afin qu'elles participent au *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, provient du fichier des bénéficiaires de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Il s'agit de données personnalisées. Ce fichier est rendu disponible au ministère de la Santé et des Services sociaux en vertu du premier paragraphe de l'article 68 de la Loi sur l'accès à l'information (ref. « Entente en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels). La base de données ainsi créée pour les femmes de 50 à 69 ans, que l'on nomme « Fichier de la population cible », contient l'information suivante:

- Nom et prénom de la femme;
- Numéro d'assurance-maladie du Québec (NAM);
- Âge de la femme (par strate de cinq ans);
- Adresse complète de la femme
 - No civique;
 - rue;
 - casier postal;
 - municipalité;
 - code postal;
 - CLSC;

- région socio-sanitaire.

2.1.1 Réplication des données:

Le « Fichier de la population cible » est mis à jour de façon bisannuelle, par la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Lors de la mise à jour du « Fichier de la population cible » le site d'opération provincial du SI-PQDCS sera informé des changements suivants au fichier:

- déménagement des femmes du groupe cible, de même que leur nouvelle adresse;
- des femmes ont atteint l'âge de 50 ans et sont admissibles au *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, de même que leur adresse;
- décès des femmes du groupe cible;
- changement des numéros d'assurance-maladie des femmes du groupe cible;
- perte (ou reprise) d'admissibilité des femmes du groupe cible au régime d'assurance-maladie du Québec;

2.2. Informations cliniques issues des activités prévues dans le cadre du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*

L'information nécessaires à la gestion et à l'évaluation du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* est issue des activités réalisées dans le cadre du programme. Cette base de données contient l'information suivante:

- Numéro séquentiel unique dépersonnalisé (généralisé aléatoirement);
- Information sur la région de résidence de la femme (Région - CLSC - Municipalité) - *Voir section 5 pour une analyse du découpage intra-régional;*
- Âge de la femme (par strate de cinq ans);
- Identification de l'établissement (Code RAMQ);
- Identification des médecins spécialistes impliqués (Numéro de permis);
- Identification du technologue en mammographie (Numéro de permis);

- Identification du médecin responsable de la femme (Numéro de permis);
- Actes médicaux reliés aux anomalies du sein (voir grilles de codification en annexe):
 - ⇒ Rapport de dépistage
 - ⇒ Rapport de confirmation diagnostique
 - ⇒ Rapport de cytopathologie
 - ⇒ Rapport de pathologie
 - ⇒ Rapport détaillé du clinicien concernant le cancer du sein.

2 2.1 Réplication des données au palier provincial:

La banque de données provincial du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* est mise à jour quotidiennement. Cette banque de données dépersonnalisées évolue régulièrement, toutefois les données y sont présentes sur une base permanente.

3. RÉPLICATION DES DONNÉES AU PALIER RÉGIONAL CONCERNANT LES DONNÉES NÉCESSAIRES À L'INVITATION, À LA RELANCE, AU RAPPEL ET AU SUIVI CLINIQUE

Dans le cadre des fonctions régionales d'invitation des femmes de sa région et du suivi clinique des participantes au *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, le coordonnateur régional doit avoir accès à des données personnalisées.

* * *

3.1 Pour l'invitation, la relance et le rappel:

L'information nécessaire à l'invitation, à la relance et au rappel des femmes, afin qu'elles participent au *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, provient du fichier des bénéficiaires de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, d'une région donnée. Tel que mentionné précédemment, ce fichier est rendu disponible au ministère de la Santé et des Services sociaux en vertu du premier paragraphe de l'article 68 de la Loi sur l'accès à

l'information. La base de données ainsi créée pour les femmes de 50 à 69 ans, que l'on nomme « Fichier de la population cible », contient l'information suivante:

- Nom et prénom de la femme;
- Numéro d'assurance-maladie du Québec (NAM);
- Adresse complète de la femme;

3.1.1 Réplication des données pour l'invitation, la relance et le rappel:

Le « Fichier de la population cible » est mis à jour de façon bisannuelle, par le site d'opération provincial du système d'information. La réplication du « Fichier de la population cible » de chacune des régions sera donc faite de façon bisannuelle. Lors de la mise à jour du « Fichier de la population cible » de la région le coordonnateur des services sera informé:

- des femmes, résidentes de sa région socio-sanitaire, qui ont atteint l'âge de 50 ans et sont admissibles au *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* ;
- des femmes qui ont déménagé (ou emménagé) de la région;
- des femmes de sa région qui sont décédées;

Ainsi, la base de données nominatives nécessaire pour les fonctions d'invitation, de relance et de rappel est constamment en mouvement. Les données qui y sont disponibles le sont sur une base temporaire. Il est important de noter que lorsque la fonction à réaliser par le coordonnateur des services est complétée, l'information concernant la femme n'est plus disponible.

En effet, les données sont disponibles grâce à des critères d'entrée et de sortie que l'on nomme « vue » dans l'environnement de Lotus Notes. Dans le cadre des fonctions d'invitation, de relance et de rappel des femmes de 50 à 69 ans, le coordonnateur des services de la région de résidence de la femme a accès aux renseignements décrits plus haut pour les fonctions suivantes:

FONCTIONS	CRITÈRES D'ENTRÉE DANS LA BASE DE DONNÉES	CRITÈRES DE SORTIE DE LA BASE DE DONNÉES
Invitation - Relance des femmes	<ul style="list-style-type: none"> • Les femmes sont âgées entre 50 et 69 ans • Les femmes sont admissibles au régime d'assurance-maladie du Québec 	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir eu une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes¹ • Avoir spécifié leur refus de participer au <i>Programme québécois de dépistage du cancer du sein</i>.
Rappel de l'invitation deux (2) ans suivant la mammographie précédente	<ul style="list-style-type: none"> • Les femmes ont confirmé leur participation au <i>Programme québécois de dépistage du cancer du sein</i> • Les femmes sont âgées entre 50 et 69 ans • Les femmes sont admissibles au régime d'assurance-maladie du Québec 	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir eu une mammographie de dépistage depuis moins de deux ans.

Déménagement des femmes

Dans les cas de déménagement des femmes (information reçu lors de la mise à jour du « Fichier de la population cible » par la RAMQ) dans une autre région, les renseignements nécessaires à l'invitation, à la relance ou au rappel des femmes sont automatiquement acheminés au coordonnateur des services de la nouvelle région de résidence des femmes.

3.2 Pour le suivi clinique des participantes:

L'information nécessaire pour procéder au suivi clinique des participantes de 50 à 69 ans provient des données issues des activités du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*. Ainsi, l'information suivante est requise:

¹ Peut importe où la mammographie de dépistage à eu lieu, l'information quant à la réalisation de celle-ci sera acheminée au coordonnateur des services de la région de résidence de la femme.

- Réponse à l'autorisation (La femme confirme sa participation au *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*. Pour les femmes qui refusent de participer au *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, les coordonnateurs régionaux n'auront pas accès à leurs informations personnalisées.);
- Nom et prénom de la femme;
- NAM;
- Adresse complète de la femme; → ADRESSE DE CORRESPONDANCE
- Nom et adresse complète du médecin responsable de la femme;
- Date de la prise de rendez-vous pour le dépistage;
- Lieu où la mammographie de dépistage fut réalisée;
- Résultat de la mammographie (normale ou anormale);
- Date de la prise de rendez-vous en confirmation diagnostique;
- Lieu où la confirmation diagnostique fut réalisée;
- Résultat de la confirmation diagnostique.

3.2.1 Réplication des données pour le suivi clinique des participantes:

La banque de données nécessaires aux fonctions régionales de suivi clinique des participantes au *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*² est mis^E à jour quotidiennement. Cette base de données nominatives nécessaires pour les fonctions de suivi clinique des femmes est constamment en mouvement. Les données qui y sont disponibles le sont sur une base temporaire. Il est important de noter que lorsque la fonction à réaliser par le coordonnateur des services est complétée, l'information concernant la femme n'est plus disponible.

En effet, tout comme pour les fonctions d'invitation, de relance et de rappel les données sont disponibles grâce à des critères d'entrée^E et de sortie des « vues ». Ainsi, dans le cadre des fonctions de suivi clinique des femmes de 50 à 69 ans, le

² « Participante au PQDCS »: Femmes de 50 à 69 ans ayant confirmé leur participation en complétant, par écrit, le formulaire prévu à cet effet.

coordonnateur des services de la région de résidence de la femme a accès aux renseignements cliniques décrits plus haut pour les fonctions suivantes:

FONCTIONS	CRITÈRES D'ENTRÉE DANS LA BASE DE DONNÉES	CRITÈRES DE SORTIE DE LA BASE DE DONNÉES
Envoi des résultats		
Normal	<ul style="list-style-type: none"> • Les femmes ont confirmé leur participation au <i>Programme québécois de dépistage du cancer du sein</i> • Les femmes ont un résultat de mammographie de dépistage normal¹⁻² 	<ul style="list-style-type: none"> • Le résultat est acheminé aux femmes par le coordonnateur des services de la région de résidence des femmes
Anormal	<ul style="list-style-type: none"> • Les femmes ont confirmé leur participation au <i>Programme québécois de dépistage du cancer du sein</i> • Les femmes ont un résultat de mammographie de dépistage anormal¹⁻² 	<ul style="list-style-type: none"> • Le résultat est acheminé aux femmes par le coordonnateur des services de la région de résidence des femmes
Suivi en confirmation diagnostique		
	<ul style="list-style-type: none"> • Les femmes ont confirmé leur participation au <i>Programme québécois de dépistage du cancer du sein</i> • Les femmes ont un résultat de mammographie de dépistage anormal¹⁻² 	<ul style="list-style-type: none"> • Les femmes ont un résultat de confirmation diagnostique normal • Les femmes ont un résultat de cancer du sein

Déménagement des femmes

Dans les cas de déménagement des femmes (information reçue lors de la mise à jour du « Fichier de la population cible » par la RAMQ) dans une autre région, les

¹ Peu importe où la mammographie de dépistage a eu lieu, l'information quant à la réalisation de celle-ci sera acheminée au coordonnateur des services de la région de résidence de la femme.

² Seul les femmes « Participantes au PQDCS » voient les renseignements qui les concernent disponibles dans le système d'information du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*.

renseignements nécessaires au suivi clinique des femmes sont automatiquement acheminés au coordonnateur des services de la nouvelle région de résidence des femmes.

4. RÉPLICATION DES DONNÉES AU PALIER RÉGIONAL CONCERNANT LA GESTION ET L'ÉVALUATION DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Dans le cadre des fonctions de gestion, de suivi et d'évaluation du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, le coordonnateur régional (ou autres intervenants des directions régionales de santé publique ou de la région régionale) doit avoir accès à des données dépersonnalisées.

4.1 Pour la gestion et l'évaluation du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*:

L'information nécessaire à la gestion et à l'évaluation du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, sur le plan régional, provient des activités réalisées, par les femmes de la région et des autres régions, dans le cadre du programme. La base de données ainsi créée pour les femmes de 50 à 69 ans, contient l'information suivante:

- Numéro séquentiel unique dépersonnalisé (généralisé aléatoirement);
- Information sur la région de résidence de la femme (Région - CLSC - Municipalité) - *Voir section 4 pour une analyse du découpage intra-régional;*
- Identification de l'établissement (Code RAMQ);
- Identification des médecins spécialistes impliqués (Numéro de permis);
- Identification du technologue en mammographie (Numéro de permis);
- Identification du médecin responsable de la femme (Numéro de permis);
- Actes médicaux reliés aux anomalies du sein (voir grilles de codification en annexe):

- ⇒ Rapport de dépistage
- ⇒ Rapport de confirmation diagnostique
- ⇒ Rapport de cytopathologie
- ⇒ Rapport de pathologie
- ⇒ Rapport détaillé du clinicien concernant le cancer du sein.

4 1.1 Réplication des données au palier régional, pour la gestion et l'évaluation du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* :

La banque de données nécessaires aux fonctions régionales de gestion et d'évaluation du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* est mise à jour quotidiennement. Cette banque de données dépersonnalisées évolue régulièrement, toutefois les données y sont présentes sur une base permanente. Ainsi, dans le cadre de fonctions de gestion et d'évaluation du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, les coordonnateurs des services des régions ont accès aux renseignements mentionnés plus haut en fonction du lieu où le service de mammographie, de confirmation diagnostique ou de traitements chirurgicaux a été utilisé:

- tout au long de sa période d'admissibilité au *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, si la femme reçoit le service de mammographie, de confirmation diagnostique ou de traitements chirurgicaux *dans les établissements de sa région* de résidence, le coordonnateur des services de la région a accès à toute l'information de façon dépersonnalisée.
- si le service de mammographie, de confirmation diagnostique ou de traitements chirurgicaux est réalisé *dans des établissements d'une autre région* que la région de résidence de la femme, l'information dépersonnalisée est répliquée dans la région où le service fut réalisé, de même que dans la région de résidence de la femme. Le coordonnateur de la région qui donne le ou les services aura l'information qui concerne ce service dispensé dans sa région. Par ailleurs, le coordonnateur de la région de résidence de la femme aura l'information

dépersonnalisée sur toutes les activités réalisées par la femme dans le cadre du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, peu importe la région où le service a été réalisé.

Déménagement des femmes

Dans les cas de déménagement des femmes (information reçue lors de la mise à jour du « fichier de la population cible » par la RAMQ) dans une autre région, les informations cumulées par le premier coordonnateur de services, portant sur toutes les activités réalisées par les femmes dans le cadre du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, sont conservées (de façon permanente) dans la banque de données régionale dépersonnalisées de ce coordonnateur de services. Au moment où le changement d'adresse sera signifié par la mise à jour du fichier de la population cible, le coordonnateur des services de la nouvelle région de résidence de la femme cumule alors l'information issue des activités réalisées dans le cadre du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* suivant le changement d'adresse.

5. DÉCOUPAGE GÉOGRAPHIQUE INTRA-RÉGIONAL

Un découpage intra-régional qui respecte la confidentialité nécessaire d'une banque de données dépersonnalisées, implique de faire des choix quant au regroupement de l'information. Deux organismes reconnus proposent des critères pour dépersonnaliser une banque de données. Pour Statistique Canada, une information (fréquence) est dépersonnalisée si elle implique plus de trois personnes (« Règle 1-2-3 »). Ainsi, lorsque dans un territoire donné (CLSC et municipalité) on retrouve trois personnes et moins, l'information sur le lieu de résidence ne doit pas apparaître dans la banque de données dépersonnalisées.

Pour le LCDC (Laboratory Centre for Disease Control) pour qu'une information (fréquence) soit dépersonnalisée, elle doit impliquer cinq personnes et plus. Lorsque pour un territoire donné (CLSC et municipalité) on retrouve moins de cinq personnes, l'information sur le lieu de résidence ne doit pas apparaître dans la banque de données dépersonnalisées.

Ainsi, dans le cadre de la gestion du SI-PQDCS, afin d'assurer la confidentialité nécessaire à une banque de données dépersonnalisées, lorsque pour une municipalité ou un CLSC donné on regroupera l'information portant sur les actes médicaux reliés aux anomalies du sein concernant cinq femmes et moins, on n'identifiera pas cette précision dans le découpage intra-régional. Seul le territoire de la région socio-sanitaire de résidence de la femme circonscrit l'information.

Afin d'estimer l'impact de cette application, des simulations ont été réalisées à partir de la taille de la population des femmes de 40 à 69 ans des municipalités et des CLSC du Québec, basé sur le recensement de 1991.

Deux critères ont été analysés:

- *âge de la femme au moment de l'acte par strate de cinq ans*
- *le découpage intra-régional:*
 - ⇒ CLSC (territoire de CLSC)
 - ⇒ Municipalité

Ainsi, pour les femmes de **40 à 69 ans** en 1991, 66 municipalités sur 1533 au Québec ont au moins une strate d'âge de cinq ans où la population est de petite taille (moins de 5 femmes).

Le tableau suivant présente l'information.

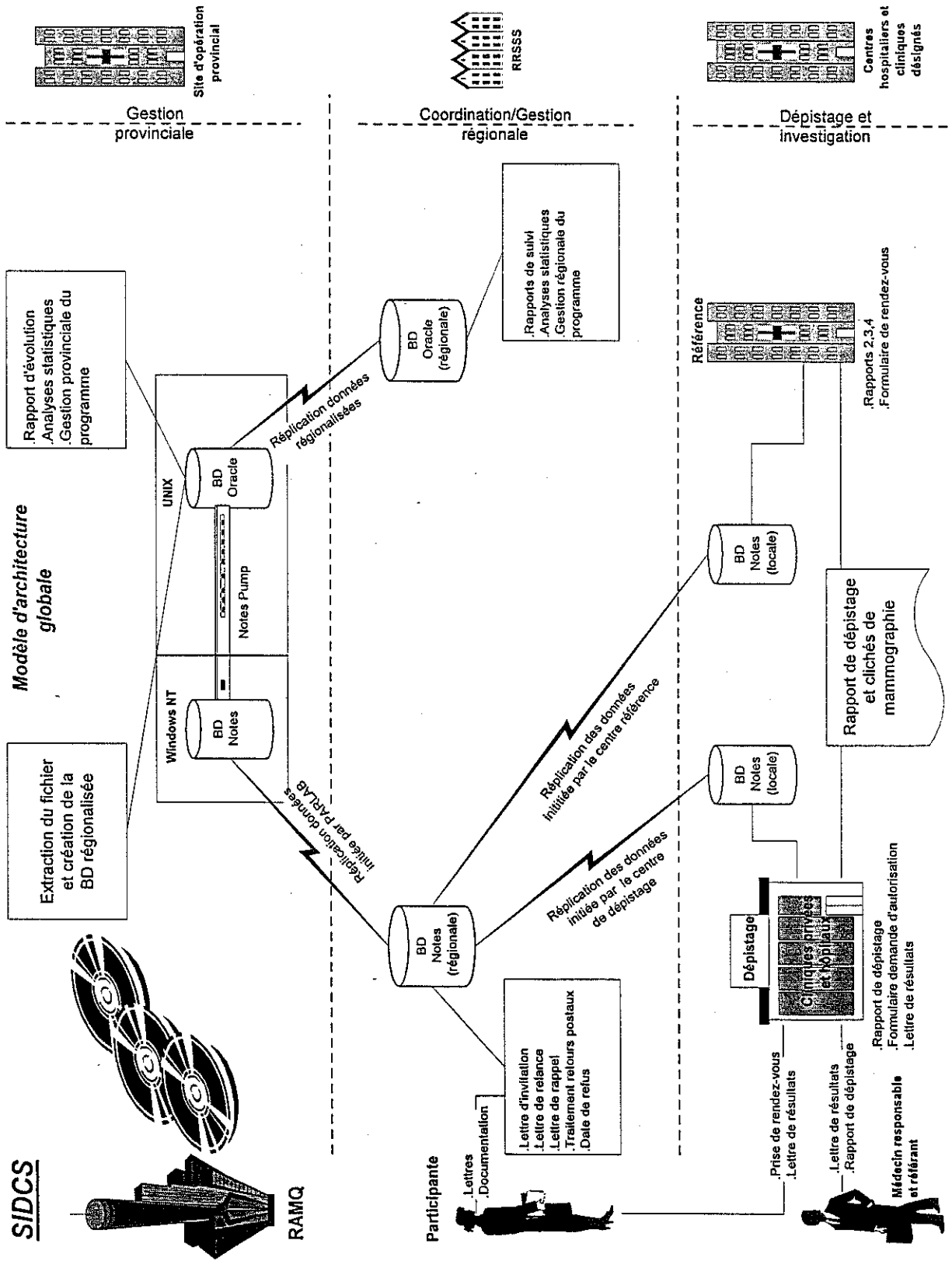
MUNICIPALITÉS OÙ LA POPULATION EST INFÉRIEURE À 5 FEMMES FEMMES DE 40 À 69 ANS (strate d'âge de cinq ans)			
Strate d'âge de cinq ans	Nombre de municipalité où la pop. est moins de 5	Strate d'âge de cinq ans	Nombre de municipalité où la pop. est moins de 5
50-54 ans	13	65-69 ans	37
54-59 ans	8	Total:	66
60-64 ans	8		

Enfin, au Québec 9 municipalités ont plus d'un CLSC sur leur territoire. Ainsi, pour les femmes de *50 à 69 ans*, 1 seul CLSC au Québec présente une strate d'âge de cinq ans où la population est de petite taille, c'est-à-dire moins de 5 femmes.

BDREGCALDOC

ANNEXES

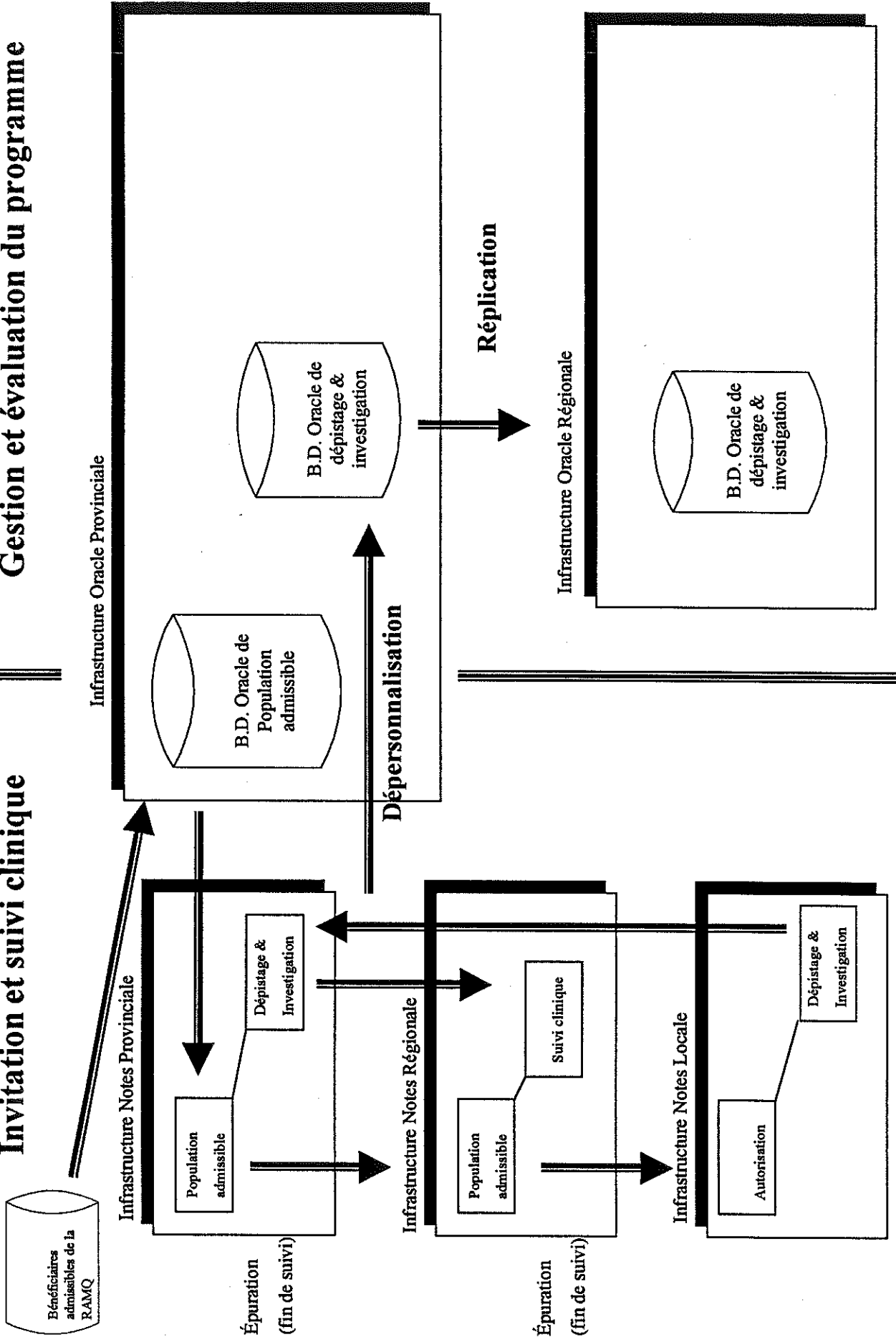
1. Schémas présentant la circulation de l'information dans le cadre du SI-PQDCS.
2. Grilles de codification



Livraison 1

Invitation et suivi clinique

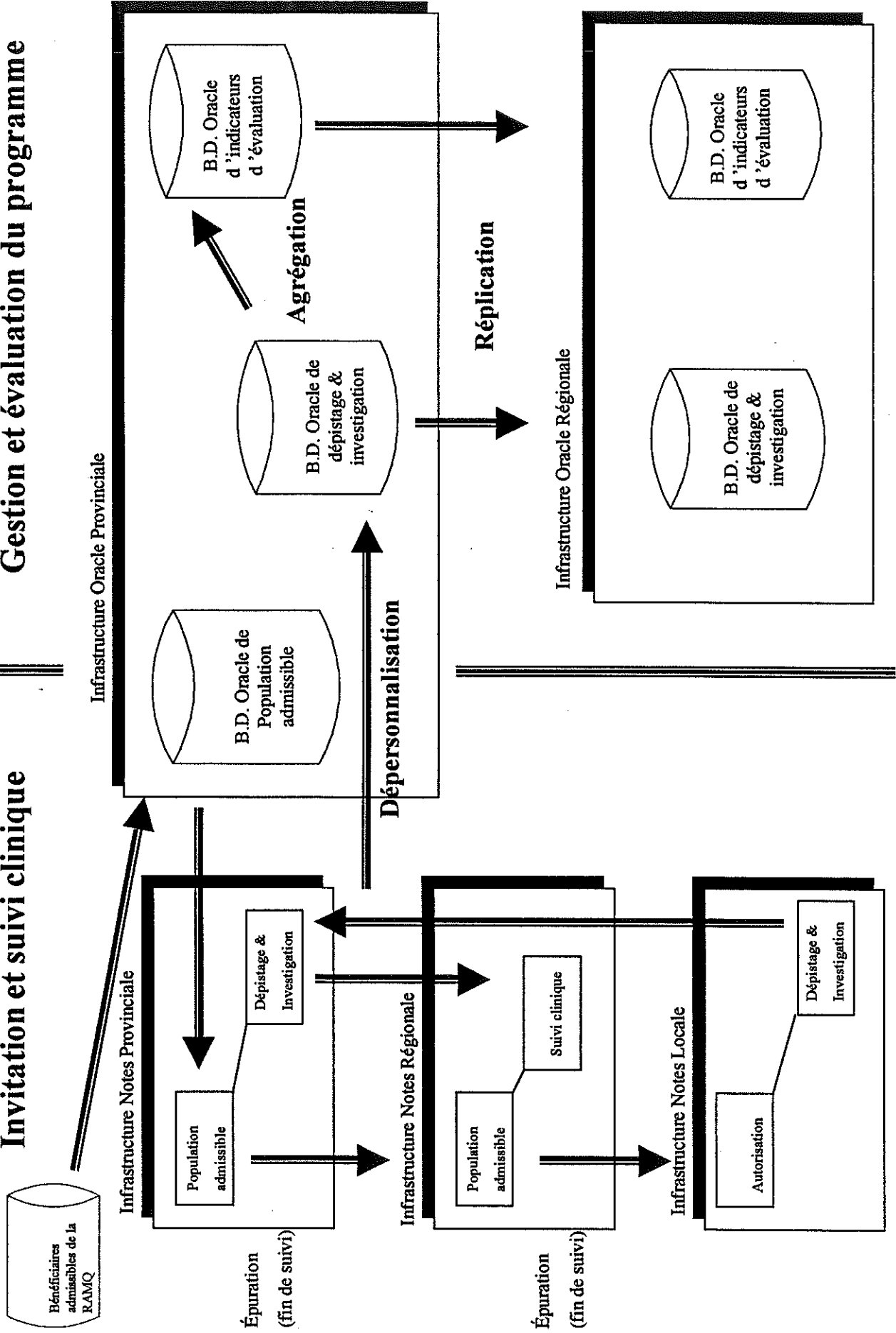
Gestion et évaluation du programme



Livraison 2

Invitation et suivi clinique

Gestion et évaluation du programme



* Note: L'information qui n'est pas transmise au système d'information est rayée

RAPPORT DE DÉPISTAGE

(VERSION FRANÇAISE)

Informations transmises dans la banque de données dépersonnalisées régionale.

1. IDENTIFICATION DU CENTRE :

à conserver

Nom de l'établissement :				
Adresse de l'établissement :				
No Civique	Rue	No Bureau	Ville	Code postal
Code (RAMQ) de l'établissement :				

2. IDENTIFICATION DE LA PARTICIPANTE :

à conserver

- # séquentiel
- # généré aléatoirement
- Age de la femme par strate de 5 ans.
- Région socio-santitaire
- Terr. de CLSC
- # municipalité

Nom à la naissance :		Prénom :		
No. d'assurance-maladie :		No. de dossier :		
Adresse :				
No Civique	Rue	No Apt.	Ville	Code postal
Casier postal :		Succursale :		
Téléphone (résidence) : ()		Téléphone (travail) : ()		
Langue choisie : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>				

3. RENDEZ-VOUS :

Avez-vous une prescription médicale ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Médecin responsable (à qui envoyer le résultat) : # permis	Médecin référant (s'il y a lieu) : # permis
Adresse : _____	Adresse : _____
Date de l'appel pour la prise de rendez-vous (aaaa/mm/jj) : 	Date du rendez-vous (aaaa/mm/jj) :
Quelles sont les sources d'information qui vous ont incitée à participer au PQDCS ?	
<input type="checkbox"/> Invitation reçue par la poste	<input type="checkbox"/> Bouche à oreille
<input type="checkbox"/> Médecin traitant	<input type="checkbox"/> autres (événements spéciaux)
<input type="checkbox"/> Publicité	
Participation au programme québécois de dépistage du cancer du sein :	
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Date du consentement (aaaa/mm/jj) :	Date du refus (aaaa/mm/jj) :

Programme québécois de dépistage du cancer du sein
Source : Service provincial de dépistage Parlab

4. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :

ÂGE: _____


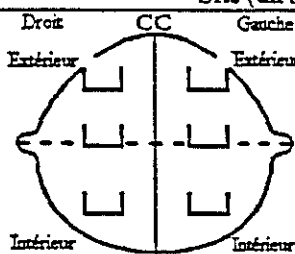
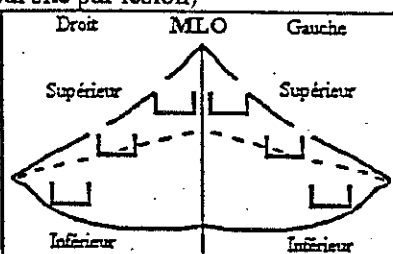
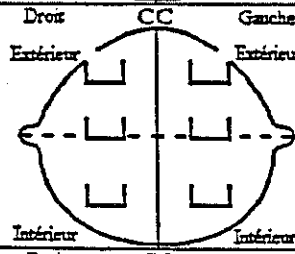
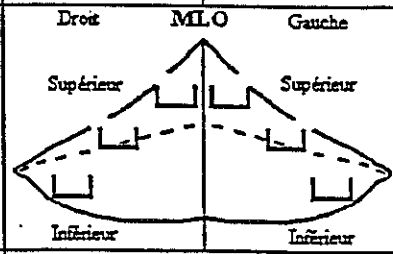
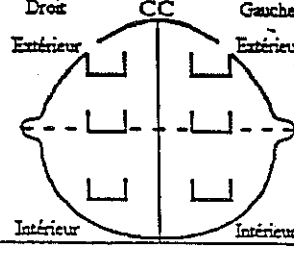
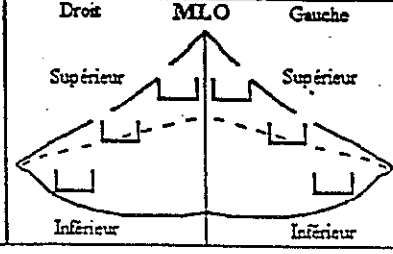
1. Avez-vous déjà eu une mammographie ?									
<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	Date de la dernière : _____							
Nom de l'établissement ou de la clinique : _____									
2. Avez-vous eu un examen physique des seins au cours de la dernière année ?									
<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	fait par :		<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Infirmière				
3. Avez-vous des problèmes aux seins (douleur, écoulement, masses, bosses, inversion du mamelon, autre)?									
Problème :	non	oui ⇨	sein droit	sein gauche					
douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
écoulement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
masses (bosses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
inversion du mamelon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
autres spécifier: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
4. Avez-vous déjà eu une intervention au sein (réduction mammaire, mastectomie, ponction, biopsie, autre) ?									
Intervention :	non	oui ⇨	année	sein droit	sein gauche				
réduction mammaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇨	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
mastectomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇨	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
ponction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇨	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
biopsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇨	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
autres spécifier: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇨	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5. Avez-vous des prothèses mammaires actuellement ?			6. Avez-vous déjà eu des prothèses mammaires ?						
<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche				
Depuis combien d'années : _____			Enlevées depuis combien d'années : _____						
7. Y a-t-il eu des cancers du sein dans votre famille (mère, soeur, fille) ?									
<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas	<input type="checkbox"/> oui :							
		Mère <input type="checkbox"/>	Soeur(s) <input type="checkbox"/>	Fille(s) <input type="checkbox"/>					
* Âge de la femme lors du diagnostic de cancer du sein		Âge : _____	Âge : _____	Âge : _____					
		Âge : _____			Âge : _____				
8. Prenez-vous des hormones de façon régulière actuellement ?			9. Avez-vous déjà pris des hormones de façon régulière ?						
<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, nombre d'années : _____		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui: vous avez cessé depuis combien d'années? _____ de mois? _____					
10. Êtes-vous ménopausée ?									
<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	Depuis quel âge : _____							
11. Grossesse(s) à terme:									
<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	Nombre d'enfants: _____		Âge à la 1ère grossesse: _____ ans					
Observations physiques :									
<input type="checkbox"/> Estimées		<input type="checkbox"/> Mesurées							
Cicatrice, naevus, etc.									
Taille : _____ m _____ cm		<table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width:50%;">DROIT</td> <td style="width:50%;">GAUCHE</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> </tr> </table>				DROIT	GAUCHE		
DROIT	GAUCHE								
ou _____ pi _____ po									
Poids: _____ kg		ou _____ lbs							

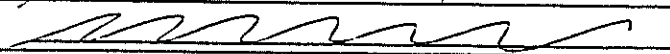
↳ schéma non colligé au système d'information

5. MAMMOGRAPHIE :

Mammographie de Dépistage : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Date (aaaa/mm/jj) :							
Nom de la (du) technologue :		# permis :							
Facteurs techniques (si non inscrits sur les clichés de mammographie) :									
Type de clichés	Nombre de clichés	CCD		CCG		MLOD		MLOG	
		MAS	KV	MAS	KV	MAS	KV	MAS	KV
<input checked="" type="checkbox"/> Réguliers	(4)								
Protocoles spéciaux acceptés dans le dépistage :									
<input type="checkbox"/> Seins volumineux									
<input type="checkbox"/> Prothèses									
<input type="checkbox"/> Reprise (probl. tech.)									

6. RAPPORT DU (DE LA) RADIOLOGISTE :

Date de la lecture (aaaa/mm/jj)		Nom du radiologiste		Numéro de permis		
Aspect du parenchyme (Wolfe) :						
<input type="checkbox"/> seins involués (<25% de tissu glandulaire)		<input type="checkbox"/> seins modérément denses (50 à 75% de tissu glandulaire)				
<input type="checkbox"/> seins peu denses (25 à 49 % de tissu glandulaire)		<input type="checkbox"/> seins très denses (>75% de tissu glandulaire)				
Résultat du dépistage :						
<input type="checkbox"/> a) normal		<input type="checkbox"/> inchangé depuis l'examen antérieur		<input checked="" type="checkbox"/> revoir dans 2 ans		
<input type="checkbox"/> b) normal, lésion bénigne		<input type="checkbox"/> inchangé ou diminué depuis l'examen antérieur		<input checked="" type="checkbox"/> revoir dans 2 ans		
<input type="checkbox"/> c) anormal, référence pour confirmation diagnostique						
lésion unique		<input type="checkbox"/> Sein droit		<input type="checkbox"/> Sein gauche		
lésion multiple		<input type="checkbox"/> Sein droit		<input type="checkbox"/> Sein gauche		
lésion diffuse		<input type="checkbox"/> Sein droit		<input type="checkbox"/> Sein gauche		
Signature du (de la) radiologiste : 						
Lésions (bénignes incluses, site réel) :						
No	Type	Site (un seul site par lésion)		Taille		
1	<input type="checkbox"/> Microcalcification <input type="checkbox"/> Masse <input type="checkbox"/> Distorsion <input type="checkbox"/> Densité asymétrique <input type="checkbox"/> Autre, spécifier : _____	Droit CC Gauche Extérieur Intérieur  Intérieur Intérieur		Droit MLO Gauche Supérieur Intérieur  Intérieur Intérieur		_____ cm
		Droit CC Gauche Extérieur Intérieur  Intérieur Intérieur		Droit MLO Gauche Supérieur Intérieur  Intérieur Intérieur		_____ cm
3	<input type="checkbox"/> Microcalcification <input type="checkbox"/> Masse <input type="checkbox"/> Distorsion <input type="checkbox"/> Densité asymétrique <input type="checkbox"/> Autre, spécifier : _____	Droit CC Gauche Extérieur Intérieur  Intérieur Intérieur		Droit MLO Gauche Supérieur Intérieur  Intérieur Intérieur		_____ cm

Double lecture :		
Date de la lecture (aaaa/mm/jj) _ _ _ _ _ _ _ _	Nom du 2 ^{ème} radiologiste	Numéro de permis _ _ _ _ _ _ _
Signature du (de la) 2 ^{ème} radiologiste : 		

7. **RECOMMANDATIONS DU (DE LA) RADIOLOGISTE :**
(À compléter seulement si le résultat du dépistage est anormal, référence pour confirm. dx)

Examens radiologiques :
<input type="checkbox"/> Incidences supplémentaires
<input type="checkbox"/> Agrandissements
<input type="checkbox"/> Compression
<input type="checkbox"/> Échographie
<input type="checkbox"/> Comparaison avec clichés antérieurs
<input type="checkbox"/> Examen effractif (invasif) (cytoponction, biopsie au trocart, etc.)
<input type="checkbox"/> Aucune spécification

*Cette information
n'est pas colligée au
système d'information*

↓

À L'USAGE EXCLUSIF DU CENTRE DE DÉPISTAGE	
SUIVI DU DOSSIER :	
Date de l'envoi du rapport au médecin responsable (aaaa/mm/jj) :	_ _ _ _ _ _ _
Mode de communication :	<input type="checkbox"/> 1 téléphone <input type="checkbox"/> 2 fax <input type="checkbox"/> 3 poste
S'il y a lieu :	
Identification du centre de référence pour investigation	
Date du rendez-vous en confirmation diagnostique (aaaa/mm/jj) :	_ _ _ _ _ _ _
RÉSULTAT D'INVESTIGATION (s'il y a lieu) :	
Résultat :	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Bénin <input type="checkbox"/> Maligne <input type="checkbox"/> À risque
Contrôle requis :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, dans _____ mois
Date du résultat d'investigation (aaaa/mm/jj) :	_ _ _ _ _ _ _

* Note : L'information qui n'est pas transmise au système d'information est rayée.

Informations transmises dans la banque de données dépersonnalisées régionales
RAPPORT DE CONFIRMATION DIAGNOSTIQUE

1. IDENTIFICATION DU CENTRE

Nom de l'établissement :				
Adresse de l'établissement :				
No Civique	Rue	No Bureau	Ville	Code postal
Code (RAMQ) de l'établissement :				

à conserver

2. IDENTIFICATION DE LA PARTICIPANTE

Nom à la naissance :		Prénom :		
No d'assurance-maladie :		No. de dossier :		
Adresse :				
No Civique	Rue	No Apt	Ville	Code postal
Casier postal :		Succursale :		
Téléphone (résidence) : ()		Téléphone (travail) : ()		
Langue choisie : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>				

à conserver
 • # séquentiel
 • # généré de
 • # atoutement
 • # Age de la
 • # femme par
 • # strate de
 • # cinq ans
 • # Région socio-
 • # sanitaire
 • # Tech. de CSC
 • # municipalité

3. RENDEZ-VOUS

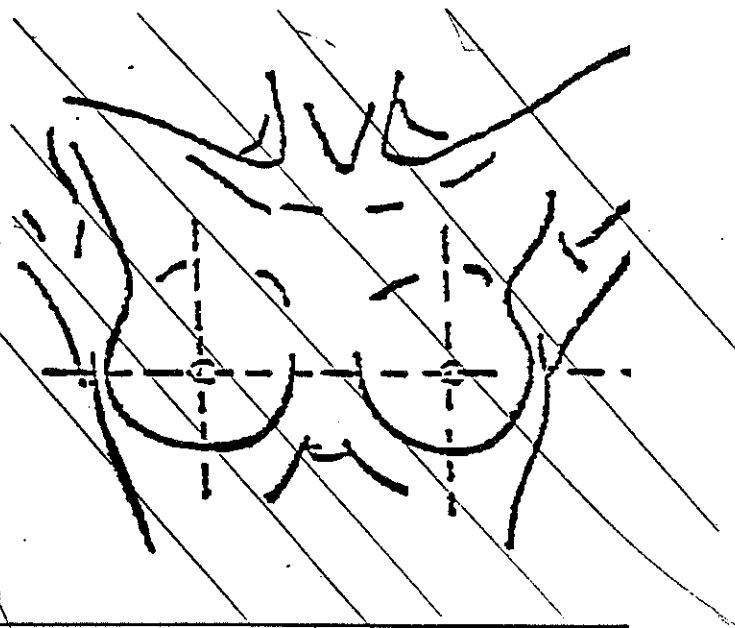
Date de l'appel pour la prise de rendez-vous : (aaaa/mm/jj)	Date du premier rendez-vous : (aaaa/mm/jj)
----------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------

4. EXAMENS RÉALISÉS

A) Examen physique						
Examen des seins	<input type="checkbox"/> Sein droit			<input type="checkbox"/> Sein gauche		
	Palpable	Non palpable	Douteux	Palpable	Non palpable	Douteux
Lésion suspecte décelée à la mammographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganglions	Absents	Non suspects	Suspects	Absents	Non suspects	Suspects
Sus-claviculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Axillaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
# permis :	Date (aaaa/mm/jj) :					
Nom du médecin : _____						
à conserver → Résultat : <input type="checkbox"/> concluant (* Complétez la section 5) <input type="checkbox"/> examens supplémentaires nécessaires						

Examen physique :

Taille du (des) nodule(s), bidimensionnelle :



Impression diagnostique :

Recommandations :

4. EXAMENS RÉALISÉS (suite)

B) Examens radiologiques de confirmation diagnostique			
<input type="checkbox"/>	Aucun		date (aaaa/mm/jj)
<input type="checkbox"/>	P Incidences supplémentaires	<input type="checkbox"/> sein droit <input type="checkbox"/> sein gauche	_ _ _ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/>	M Agrandissements	<input type="checkbox"/> sein droit <input type="checkbox"/> sein gauche	_ _ _ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/>	S Compression	<input type="checkbox"/> sein droit <input type="checkbox"/> sein gauche	_ _ _ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/>	U Échographie	<input type="checkbox"/> sein droit <input type="checkbox"/> sein gauche	_ _ _ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/>	F Comparaison avec clichés antérieurs		_ _ _ _ _ _ _ _ _
Nom du médecin : _____		# permis : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Résultat : <input type="checkbox"/> concluant (<i>* Compléter la section 5.</i>) <input type="checkbox"/> examens supplémentaires nécessaires			
Détails du résultat des examens radiologiques de confirmation diagnostique :			
<input type="checkbox"/>	1N	Confirmation diagnostique radiologique négative, revoir dans 2 ans	
<input type="checkbox"/>	2N	Confirmation diagnostique radiologique bénigne, revoir dans 2 ans	
		- masse	- microcalcifications
			- autres : _____
<input type="checkbox"/>	3	Confirmation diagnostique radiologique probablement bénigne, revoir dans ____ mois	
		- masse	- microcalcifications
			- autres : _____
<input type="checkbox"/>	4	Confirmation diagnostique radiologique modérément suspecte	
		- masse	- densité asymétrique
		- distorsion	- microcalcifications
			- autres : _____
<input type="checkbox"/>	4B	Aspiration à l'aiguille fine stéréoguidée suggérée	
<input type="checkbox"/>	4L	Aspiration à l'aiguille fine échoguidée suggérée	
<input type="checkbox"/>	4H	Biopsie au trocart stéréoguidée suggérée	
<input type="checkbox"/>	4T	Biopsie au trocart échoguidée suggérée	
<input type="checkbox"/>	4Y	Biopsie chirurgicale suggérée	
<input type="checkbox"/>	5	Confirmation dx radiologique hautement suggestive de malignité	
<input type="checkbox"/>	5B	Aspiration à l'aiguille fine stéréoguidée suggérée	
<input type="checkbox"/>	5L	Aspiration à l'aiguille fine échoguidée suggérée	
<input type="checkbox"/>	5H	Biopsie au trocart stéréoguidée suggérée	
<input type="checkbox"/>	5T	Biopsie au trocart échoguidée suggérée	
<input type="checkbox"/>	5Y	Biopsie chirurgicale suggérée	
<input type="checkbox"/>	6	Autres (ABBI, etc.), spécifier : _____	

4. EXAMENS RÉALISÉS (suite)

C) Examens invasifs de confirmation diagnostique					
<input type="checkbox"/> A. Aspiration à l'aiguille fine					
Sein droit			Sein gauche		
Échoguidée <input type="checkbox"/>	Stéréoguidée <input type="checkbox"/>	Guidée cliniquement <input type="checkbox"/>	Échoguidée <input type="checkbox"/>	Stéréoguidée <input type="checkbox"/>	Guidée cliniquement <input type="checkbox"/>
Kyste : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → Cytologie demandée			<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Médecin : _____			# permis :		
			Date (aaaa/mm/jj) :		
Résultat : <input type="checkbox"/> concluant (* Complétez la section 5.)			<input type="checkbox"/> examens supplémentaires nécessaires		
<input type="checkbox"/> T. Biopsie au trocart					
Sein droit			Sein gauche		
Échoguidée <input type="checkbox"/>	Stéréoguidée <input type="checkbox"/>	Guidée cliniquement <input type="checkbox"/>	Échoguidée <input type="checkbox"/>	Stéréoguidée <input type="checkbox"/>	Guidée cliniquement <input type="checkbox"/>
Médecin : _____			# permis :		
			Date (aaaa/mm/jj) :		
Résultat : <input type="checkbox"/> concluant (* Complétez la section 5.)			<input type="checkbox"/> examens supplémentaires nécessaires		
<input type="checkbox"/> I. Biopsie incisionnelle					
Sein droit			Sein gauche		
<input type="checkbox"/> Stéréoguidée		<input type="checkbox"/> Ouverte	<input type="checkbox"/> Stéréoguidée		<input type="checkbox"/> Ouverte
Médecin : _____			# permis :		
			Date (aaaa/mm/jj) :		
Résultat : <input type="checkbox"/> concluant (* Complétez la section 5.)			<input type="checkbox"/> examens supplémentaires nécessaires		
<input type="checkbox"/> E. Biopsie excisionnelle					
Sein droit			Sein gauche		
<input type="checkbox"/> Stéréoguidée		<input type="checkbox"/> Ouverte	<input type="checkbox"/> Stéréoguidée		<input type="checkbox"/> Ouverte
Médecin : _____			# permis :		
			Date (aaaa/mm/jj) :		
Résultat : <input type="checkbox"/> concluant (* Complétez la section 5.)			<input type="checkbox"/> examens supplémentaires nécessaires		
<input type="checkbox"/> M. Mastectomie partielle					
<input type="checkbox"/> Sein droit			<input type="checkbox"/> Sein gauche		
Médecin : _____			# permis :		
			Date (aaaa/mm/jj) :		
Résultat : <input type="checkbox"/> concluant (* Complétez la section 5.)			<input type="checkbox"/> examens supplémentaires nécessaires		
<input type="checkbox"/> G. Autres manoeuvres de invasives (incluant système ABB), décrire :					

<input type="checkbox"/> Sein droit			<input type="checkbox"/> Sein gauche		
Médecin : _____			# permis :		
			Date (aaaa/mm/jj) :		
Résultat : <input type="checkbox"/> concluant (* Complétez la section 5.)			<input type="checkbox"/> examens supplémentaires nécessaires		

5. CONCLUSION DE LA CONFIRMATION DIAGNOSTIQUE :

Résultat :	<input checked="checked" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Bénin	<input type="checkbox"/> Malign	<input type="checkbox"/> A risque
Contrôle requis :	<input type="checkbox"/> Oui, dans _____ mois			
Référée à un intervenant psychosocial :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Médecin :	<i>[Signature]</i>			
Signature du médecin :	<i>[Signature]</i>			
# permis :		Date	(aaaa/mm/jj) :	
Date de l'envoi du rapport au médecin traitant			(aaaa/mm/jj) :	
Date de l'envoi du rapport au centre de dépistage			(aaaa/mm/jj) :	
Date de l'envoi du rapport au site d'opération provincial			(aaaa/mm/jj) :	

* Note : L'information qui n'est pas transmise au système d'information est rayée

Informations transmises dans la banque de données dépersonnalisées régionale.

RAPPORT DE CYTOPATHOLOGIE

1. IDENTIFICATION DU CENTRE (DÉPARTEMENT DE PATHOLOGIE)

Nom de l'établissement :				
Adresse de l'établissement :				
No Civique	Rue	No Bureau	Ville	Code postal
Code (RAMQ) de l'établissement :				

2. IDENTIFICATION DE LA PARTICIPANTE

En conserve
 • # séquentiel
 dépersonna-
 lise généré
 aléatoirement
 • App de la
 femme par
 strate de
 5 ans
 • Région socio
 sanitaire
 • Terr. de CSC
 • municipalité

Nom à la naissance :		Prénom :		
No. d'assurance-maladie :		No. dossier :		
Adresse :				
No Civique	Rue	No Apt.	Ville	Code postal
Casier postal :		Succursale :		
Téléphone (résidence) : ()		Téléphone (travail) : ()		
Langue choisie : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>				

3. RAPPORT DE CYTOPATHOLOGIE

Numéro du rapport de cytologie : _____	
Sein : <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche	
Type de matériel cytologique :	
<input type="checkbox"/> Ponction à l'aiguille fine (lésion solide)	<input type="checkbox"/> Écoulement mammelonnaire
<input type="checkbox"/> Ponction à l'aiguille fine (kyste)	<input type="checkbox"/> Grattage (peau/mammelon)
Diagnostic :	
<input type="checkbox"/> Inadéquat	<input type="checkbox"/> Atypies cellulaires prononcées probablement malignes
<input type="checkbox"/> Morphologie bénigne	<input type="checkbox"/> Morphologie maligne
<input type="checkbox"/> Atypies cellulaires, probablement bénignes	
Pathologiste : _____	# Permis :
Signature : _____	Date (aaaa/mm/jj) :

* Note: L'information qui n'est pas transmise au système d'informatique est rayée

RAPPORT DE PATHOLOGIE *Informations transmises dans la banque de données dépersonnalisées régionale*

1. IDENTIFICATION DU CENTRE (DÉPARTEMENT DE PATHOLOGIE) *régionale*

Nom de l'établissement :				
Adresse de l'établissement :				
No Civique	Rue	No Bureau	Ville	Code postal
Code (RAMQ) de l'établissement :				

On conserve
 • * sécu et tel
 • dépersonnali-
 • sés, genre
 • et légalité
 • Age de la
 • femme par
 • strate de 5 ans
 • Région 3, socio-
 • sanitaire
 • Terr. CLSC,
 • municipalité

IDENTIFICATION DE LA PARTICIPANTE

Nom à la naissance :		Prénom :	
No. d'assurance-maladie :		No. de dossier :	
Adresse :			
No Civique	Rue	No Apt.	Ville
Téléphone (résidence) :		Téléphone (travail) :	
Langue choisie :		Code postal	
Français <input type="checkbox"/>		Anglais <input type="checkbox"/>	

PRÉLÈVEMENT(S)

Latéralité :	<input type="checkbox"/> Sein droit	<input type="checkbox"/> Sein gauche
Examen radiologique du prélèvement :		
<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	Microcalcifications : <input type="checkbox"/> Absentes <input type="checkbox"/> Présentes
Type de prélèvement	Date (aaaa/mm/jj)	Numéro du rapport de pathologie
Biopsie à l'aiguille de gros calibre (trocart)		
Biopsie incisionnelle		
Biopsie excisionnelle		
Mastectomie partielle (segmentectomie)		
Mastectomie totale		
Evidement ganglionnaire		
Réexcision du plan d'exérèse		
Autre, spécifier :		

4. DONNÉES MACROSCOPIQUES

Taille de la pièce chirurgicale (biopsie excisionnelle, mastectomie partielle):	_____ , x _____ , x _____ cm
Si plus d'une pièce tissulaire pour une même intervention chirurgicale :	
Nombre de fragments :	Taille de l'agrégat : _____ , x _____ , x _____ cm
Poids total (pièce chirurgicale, fragments) :	_____ gm

5. DIAGNOSTIC HISTOPATHOLOGIQUE

Catégorie générale : (Ne cocher qu'une seule case)

<input type="checkbox"/> bénigne	(Ne compléter que la section A)
<input type="checkbox"/> lésion à risque élevé	(Compléter les sections A et B)
<input type="checkbox"/> maligne	(Compléter les sections A, B et C)

A) LÉSIONS BÉNIGNES

Type de lésion bénigne (indiquer tous les types) :

<input type="checkbox"/> Aucune observée	<input type="checkbox"/> Modifications fibrokystiques
<input type="checkbox"/> Adénose sclérosante	<input type="checkbox"/> Fibroadénome
<input type="checkbox"/> Papillome unique	<input type="checkbox"/> Papillomes multiples
<input type="checkbox"/> Cicatrice radiaire / lésion sclérosante complexe	<input type="checkbox"/> Mastite péricanalaire / ectasie canalaire
<input type="checkbox"/> Hyperplasie épithéliale intracanalalaire, légère (sans atypie)	<input type="checkbox"/> Hyperplasie épithéliale intracanalalaire, modérée ou floride (sans atypie)
<input type="checkbox"/> Autre, spécifier :	

B) LÉSIONS À RISQUE ÉLEVÉ

<input type="checkbox"/> Aucune observée	<input type="checkbox"/> Hyperplasie lobulaire atypique
<input type="checkbox"/> Hyperplasie intracanaulaire atypique	<input type="checkbox"/> Carcinome lobulaire in situ ("néoplasie lobulaire")

C) LÉSIONS MALIGNES

Type général (ne cocher qu'une catégorie) :	
<input type="checkbox"/> Carcinome canalaire in situ (intracanaulaire, non-envahissant)	(Compléter les sections C1 et C3)
<input type="checkbox"/> Carcinome infiltrant (envahissant)	(Compléter les sections C2 et C3)

C1) CARCINOME CANALAIRE IN SITU (INTRACANALAIRE, NON-ENVAHISSANT)

Aspect architectural (indiquer tous les types) :			
<input type="checkbox"/> Micropapillaire	<input type="checkbox"/> Papillaire	<input type="checkbox"/> Solide	
<input type="checkbox"/> Cribriorme	<input type="checkbox"/> Comédocarcinomie		
Grade nucléaire :	<input type="checkbox"/> (I)	<input type="checkbox"/> (II)	<input type="checkbox"/> (III) <input type="checkbox"/> Non évaluable
Nécrose :	<input type="checkbox"/> Absente		<input type="checkbox"/> Présente
Aspect général :			
<input type="checkbox"/> Localisé		<input type="checkbox"/> Non-localisé	
Diamètre maximal mesurable : _____ cm		Nombre de lames contenant la lésion : _____ lames	
		Nombre total de lames examinées : _____ lames	
Microinvasion : <input type="checkbox"/> Aucune observée <input type="checkbox"/> Douteuse			

C2) CARCINOME INFILTRANT (ENVAHISSANT)

Diamètre maximal (composante envahissante) : _____ cm			
Type histologique :			
<input type="checkbox"/> Carcinome canalaire, sans autre indication (SAI)	<input type="checkbox"/> Carcinome tubuleux (tubulaire)		
<input type="checkbox"/> Carcinome cribriorme	<input type="checkbox"/> Carcinome médullaire		
<input type="checkbox"/> Carcinome mucineux	<input type="checkbox"/> Carcinome papillaire		
<input type="checkbox"/> Carcinome lobulaire	<input type="checkbox"/> Autre, spécifier : _____		
Grade histologique :	<input type="checkbox"/> (I)	<input type="checkbox"/> (II)	<input type="checkbox"/> (III) <input type="checkbox"/> Non évaluable
Envahissement vasculaire (sanguin ou lymphatique) : <input type="checkbox"/> Présent <input type="checkbox"/> Aucun observé			
Composante intracanaulaire :			
<input type="checkbox"/> Absente	<input type="checkbox"/> Présente		
Quelle proportion de la masse tumorale est constituée de carcinome in situ ?			
<input type="checkbox"/> Faible (< 25%)		<input type="checkbox"/> Importante (≥ 75%, < 90%)	
<input type="checkbox"/> Modérée (≥ 25%, < 75%)		<input type="checkbox"/> Massive (≥ 90%)	
Le carcinome in situ se retrouve à distance de la masse tumorale dominante (> 2 mm ou > 1 grand champ à 10.0X)			
		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui

C3) AUTRES RENSEIGNEMENTS

Maladie de Paget :	<input type="checkbox"/> Absente	<input type="checkbox"/> Présente	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
Tumeur infiltrante :	<input type="checkbox"/> Atteint le plan d'exérèse	<input type="checkbox"/> N'atteint pas le plan d'exérèse	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
Carcinome in situ :	<input type="checkbox"/> Atteint le plan d'exérèse	<input type="checkbox"/> N'atteint pas le plan d'exérèse	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
Evidement ganglionnaire axillaire :			
<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui	
		Nombre de ganglions métastatiques : _____	
		Nombre total de ganglions examinés : _____	

Commentaires / informations supplémentaires : _____

Nom du pathologiste : _____ # Permis : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Signature : _____ Date (aaaa/mm/jj) : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

* Note: L'information qui n'est pas transmise au système d'information est rayée

Informations transmises dans la banque de données de personnes régionales
RAPPORT DÉTAILLÉ DU CLINICIEN
CONCERNANT LE CANCER DU SEIN

1. **IDENTIFICATION DU CENTRE**

Nom de l'établissement :				
Adresse de l'établissement :				
No Civique	Rue	No Bureau	Ville	Code postal
Code (RAMQ) de l'établissement :				

2. **IDENTIFICATION DE LA PARTICIPANTE**

On conserve :
 • # se quertrel depersonnali se genere ale afoirement
 • Age de la femme par strate de sans
 • Région socio-sanitaire
 • Terr. de CLSC
 • municipalite

Nom à la naissance :		Prénom :		
No. d'assurance-maladie :		No. de dossier :		
Adresse :				
No Civique	Rue	No Apt.	Ville	Code postal
Casier postal :		Succursale :		
Téléphone (résidence) : ()		Téléphone (travail) : ()		
Langue choisie : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>				

3. **BILAN MÉTASTATIQUE**

Atteinte ganglionnaire axillaire :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Inconnu
Radiographie pulmonaire :	<input type="checkbox"/> Non fait	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Bénin <input type="checkbox"/> Suspect <input type="checkbox"/> Malin
Scintigraphie osseuse :	<input type="checkbox"/> Non fait	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Bénin <input type="checkbox"/> Suspect <input type="checkbox"/> Malin
Bilan hépatique :			
1) Enzymes :	<input type="checkbox"/> Non fait	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
2) Échographie du foie :	<input type="checkbox"/> Non fait	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Bénin <input type="checkbox"/> Suspect <input type="checkbox"/> Malin
Autre atteinte métastatique :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, site :	_____

4. **ÉTAT DES RÉCEPTEURS HORMONAUX**

a) RO :	<input type="checkbox"/> Non fait	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Positif :	(biochimie) : _____ fmol/mg protéine
				(immunohistochimie) : _____ %
b) RP :	<input type="checkbox"/> Non fait	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Positif :	(biochimie) : _____ fmol/mg protéine
				(immunohistochimie) : _____ %

5. RAPPORT DE LA TECHNIQUE CHIRURGICALE

A) Première biopsie positive :	
• Date de la première biopsie positive (aaaa/mm/jj) :	_ _ _ _ _ _ _ _ _
• Type de prélèvement pour cette biopsie :	<input type="checkbox"/> Trocart <input type="checkbox"/> Aiguille fine (aspiration) <input type="checkbox"/> Incisionnel <input type="checkbox"/> Excisionnel
B) Mastectomie :	
• Date de la mastectomie (aaaa/mm/jj) :	_ _ _ _ _ _ _ _ _
• Type de mastectomie :	<input type="checkbox"/> Partielle (segmentectomie) <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Autre
<i>Dans les cas de mastectomie « Partielle » ou « Autre » :</i>	
• Vérification de la marge de résection par le pathologiste :	
- Congélation	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
- Examen macroscopique	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
• Exérèse du mamelon	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, pourquoi : _____
• Parenchyme mammaire refermé	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
• Drain utilisé	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
C) Dissection axillaire :	
	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<i>Si « Oui » :</i>	
• Date de la dissection axillaire (aaaa/mm/jj) :	_ _ _ _ _ _ _ _ _
• Limites anatomiques :	
- médianes : dissection des ganglions sous le petit pectoral	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
- latérales : visualisation du grand dorsal	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
- supérieures : visualisation de la veine axillaire	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
• Nerfs identifiés :	
- grand dentelé :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
- grand dorsal :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
- grand pectoral :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
• Utilisation de cathéters d'aspiration :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
D) Échantillonnage ganglionnaire axillaire seulement :	
	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
E) Tissus mous :	
• La tumeur est-elle fixée à la peau	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
• La tumeur est-elle fixée au fascia	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
• L'aponévrose du pectoral a été réséquée	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
• Le petit pectoral a été sectionné	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
• Le petit pectoral a été réséqué	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, pourquoi : _____
• Le grand pectoral a été sectionné	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
• Le grand pectoral a été réséqué	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, pourquoi : _____

6. AUTRES TRAITEMENTS

<input type="checkbox"/> Radiothérapie complémentaire au sein :	Date de début du traitement (aaaa/mm/jj) :	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												
<input type="checkbox"/> Chimiothérapie adjuvante :	Date de début du traitement (aaaa/mm/jj) :	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												
	Plan de traitement :	Type de chimiothérapie : _____												
		Nombre de cycles : _____												
<input type="checkbox"/> Hormonothérapie adjuvante :	Date de début du traitement (aaaa/mm/jj) :	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												
	Agent employé :	<input type="checkbox"/> Tamoxifen												
		Autres, spécifier : _____												
<input type="checkbox"/> Traitement expérimental :	Date de début du traitement (aaaa/mm/jj) :	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												
	Titre du protocole :	_____												
	Investigateur principal :	_____												
<input type="checkbox"/> Autre traitement (incluant le traitement de maladie d'emblée métastatique) :	_____													
<input type="checkbox"/> Aucun														

7. ÉVALUATION DU STADE PATHOLOGIQUE DU CANCER DU SEIN (TNM: Réf: American Joint Committee on Cancer, 1992)

<input type="checkbox"/> TX	impossibilité de confirmer une tumeur primaire
<input type="checkbox"/> T0	pas d'évidence de tumeur primaire
<input type="checkbox"/> Tis	carcinome <i>in situ</i> : carcinome canalaire ou lobulaire, ou maladie de Paget mammelonnaire sans tumeur
<input type="checkbox"/> T1	tumeur ≤ 2 cm
<input type="checkbox"/> T1a	tumeur ≤ 0,5 cm
<input type="checkbox"/> T1b	0,5 cm < tumeur ≤ 1 cm
<input type="checkbox"/> T1c	1 cm < tumeur ≤ 2 cm
<input type="checkbox"/> T2	2 cm < tumeur ≤ 5 cm
<input type="checkbox"/> T3	tumeur > 5 cm
<input type="checkbox"/> T4	tumeur de toutes dimensions fixée à la paroi thoracique ou avec invasion de la peau
<input type="checkbox"/> T4a	fixée à la paroi thoracique
<input type="checkbox"/> T4b	oedème (incluant peau d'orange) ou ulcération de la peau du sein ou nodules satellites de la peau confinés au même sein
<input type="checkbox"/> T4c	à la fois T4a et T4b
<input type="checkbox"/> T4d	carcinome inflammatoire

<input type="checkbox"/> pNX	impossible de confirmer l'état des ganglions (ex: enlevés antérieurement, non disséqués)
<input type="checkbox"/> pN0	pas de métastase régionale des ganglions lymphatiques
<input type="checkbox"/> pN1	métastases des ganglions lymphatiques axillaires ipsilatéraux non fixés
<input type="checkbox"/> pN1a	micrométastases seulement (tous ≤ 0,2 cm)
<input type="checkbox"/> pN1b	métastases des ganglions lymphatiques (au moins 1 ganglion > que 0,2 cm)
<input type="checkbox"/> pN1bi	métastases de 1 à 3 ganglions lymphatiques (au moins 1 ganglion > que 0,2 cm et tous < 2 cm)
<input type="checkbox"/> pN1bii	métastase à plus de 4 ganglions lymphatiques (au moins 1 ganglion > que 0,2 cm et tous < 2 cm)
<input type="checkbox"/> pN1biii	extension de la tumeur au-delà de la capsule d'un ganglion métastatique > 2 cm
<input type="checkbox"/> pN1biv	métastase d'un ganglion de plus de 2 cm
<input type="checkbox"/> pN2	métastases aux ganglions lymphatiques axillaires ipsilatéraux fixés entre eux ou à plusieurs autres structures
<input type="checkbox"/> pN3	métastases aux ganglions mammaires internes ipsilatéraux

<input type="checkbox"/> MX	impossibilité de confirmer la présence de métastases à distance
<input type="checkbox"/> M0	pas de métastases à distance
<input type="checkbox"/> M1	métastases à distance (incluant les métastases aux ganglions sus-claviculaires ipsilatéraux)

RÉSULTAT DU STADE PATHOLOGIQUE DU CANCER DU SEIN

STADE	T	N	M
<input type="checkbox"/> 0	Tis	N0	M0
<input type="checkbox"/> I	T1	N0	M0
<input type="checkbox"/> IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
<input type="checkbox"/> IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
<input type="checkbox"/> IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
<input type="checkbox"/> IIIB	T4	N0 à N2	M0
	Tis à T4	N3	M0
<input type="checkbox"/> IV	Tis à T4 (incluant TX)	N0 à N3 (incluant NX)	M1
<input type="checkbox"/> Indéterminé	TX	N0 à N3	MX
	Tis à T4	NX	MX
	TX	NX	MX

Date de l'envoi du rapport au médecin traitant (aaaa/mm/jj) :

Nom : Signature :

permis :

Date de l'envoi du rapport à la coordonatrice locale (aaaa/mm/jj) :