Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

DÉCOMPTE
GANGLIONS SENTINELLES

Préopératoire	
Site d'injection du produit radioactif :	☐ Péri-aréolaire ☐ Droit ☐ Gauche ☐ Autre : _____
Heure d'injection du produit radioactif :	_____ hh:mm
Site d'injection du bleu de méthylène/patenté :	☐ Péri-aréolaire ☐ Autre : _____
Heure d'injection du bleu de méthylène/patenté :	_____ hh:mm
Site anatomique du prélèvement des ganglions :	_____
Heure du début de décompte :	_____ hh:mm

Décompte					
	COMPTE	10 secondes	COMPTE	10 secondes	BLEU (oui/non)
Compte à la peau					
Ganglion	Compte in vivo		Compte ex vivo		
#1					
#2					
#3					
#4					
#5					
#6					
Compte lit chirurgical/résiduel					

Signature du médecin : _____ # permis : _____ Date : _____
aaaa-mm-jj