

Le [Date]

[Prénom et Nom du MD ou IPS]

**Objet : Évaluation personnalisée du risque de cancer du sein**

Mme [Prénom et Nom de la patiente]

D.N. : [Date de naissance de la patiente]

[Adresse complète de la patiente]

Vous trouverez ci-joint une copie de l'évaluation personnalisée du **risque de cancer du sein** de Mme [Nom de la patiente] réalisée dans le cadre du projet de recherche PERSPECTIVE. Cette évaluation a été réalisée à l'aide du modèle BOADICEA (v.5). Selon nos estimations, la catégorie de risque de votre patiente est :

**Risque près de celui de la population générale**

Votre patiente présente un risque qui ressemble à celui de la plupart des Canadiennes de son âge :

Nombre de femmes de son âge qui pourraient développer un cancer du sein	Au cours des 10 prochaines années	Au cours de sa vie
Dans sa catégorie de risque (risque près de celui de la population générale)	Moins de [X] femmes sur 1 000	Moins de 150 femmes sur 1 000

**PLAN D'ACTION PROPOSÉ :**

- Dépistage du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS) pour les femmes à risque moyen (invitations à la mammographie aux 2 ans entre 50-69 ans).
- Entre 70 et 74 ans, le dépistage peut être continué si l'espérance de vie est 10 ans et plus.

Une ordonnance médicale est requise entre 70 et 74 ans.

**ATTENTION, cette évaluation et ce plan d'action ne tiennent pas compte des éléments suivants :**

- Antécédents personnels de lésions à risque comme l'hyperplasie canalaire atypique (mammographie annuelle recommandée);
- Résultats de la dernière mammographie et de l'évaluation clinique ou radiologique;
- Présence d'une ou d'autres pathologies qui pourraient altérer l'espérance de vie;
- Mutations connues de tests génétiques antérieurs (panel de gènes de prédisposition au cancer du sein (BRCA1/2, CHEK2, PALB2, etc.)) : *Si vous pensez que votre patiente ou d'autres membres de sa famille pourraient avoir une mutation de ces gènes sur la base de leur histoire familiale, utilisez les critères de référence de la clinique de génétique qui dessert votre territoire pour évaluer la pertinence de demander une évaluation.*

**SUIVI :**

Mme [Nom de la patiente] a été informée de sa catégorie de risque. Nous vous invitons à discuter avec votre patiente des avantages et inconvénients liés au dépistage du cancer du sein en fonction de sa catégorie de risque et de son état général de santé, ainsi que de prescrire les examens requis, le cas échéant.

Cordialement,

**Équipe PERSPECTIVE****Pour plus d'information :**

- Consultez le document d'information joint à cette lettre
- Visitez [etudeperspective.ca](http://etudeperspective.ca)
- Contactez-nous : 418 682-7391 (sans frais 1 888 682-7391) ou [info@etudeperspective.ca](mailto:info@etudeperspective.ca)

