



Questionnaire de santé mammographie IRM

Veillez remplir ce questionnaire avant l'examen

VOS DONNÉES

Nom & prénom :

Date de naissance :

Poids : Taille:

NOM & SIGNATURE INFIRMIER

Date : / / 20

COCHEZ TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT À VOTRE SITUATION.

1. Dans le passé, avez-vous déjà subi une mammographie IRM ? Oui Non

Si oui, quand avez-vous eu la dernière mammographie ? ___ / ___ / ____

2. Actuellement, suivez-vous un traitement pour le cancer du sein ? Oui Non

3. Dans le passé, avez-vous suivi un traitement pour le cancer du sein ? Oui Non

Si oui, répondez les questions suivantes :

- Quel type d'intervention ? Conservation Ablation du sein
- A quel sein ? Sein droit Sein gauche
- En quelle année, le diagnostic a-t'il été fait pour la première fois ? _____
- Après, avez-vous encore subi des réinterventions chirurgicales ? Oui Non
- Avez-vous subi une radiothérapie ? Oui Non

Si oui, répondez les questions suivantes :

- Quelle est la date de fin de la dernière séance ? ___ / ___ / ____
- A quel sein ? Sein droit Sein gauche
- Avez-vous subi une chimiothérapie ? Oui Non

Si oui, quelle est la date de fin de la dernière séance ? ___ / ___ / ____

4. Avez-vous déjà subi une intervention de chirurgie esthétique du sein ? Oui Non

- Si oui**, cochez quelle intervention :
- Diminution mammaire
 - Augmentation mammaire par prothèses
 - Reconstruction mammaire à l'aide de tissus autogènes

5. Avez-vous un problème au(x) sein(s) ? Oui Non

Si oui, de quel(s) problème(s) s'agit-il ?

- Une douleur
- Une boule
- Une rétraction du mamelon

6. Avez-vous eu des biopsies pour des anomalies bénignes du sein ? Oui Non

Si oui, répondez les questions suivantes :

- Quand ?
- A quel sein ?
- Résultat ?

___ / ___ / ____

Sein droit Sein gauche

7. Dans votre famille, une personne a-t-elle eu un cancer du sein ? Oui Non

Si oui, qui était-ce, et quel était son âge au moment du diagnostic ?

Mère Age :
 Soeur Age :
 Grand-mère Age :

8. Avez-vous encore vos règles ? Oui Non

Si oui, quelle est la date des dernières règles ?

___ / ___ / ____

Si non, en quelle année, avez-vous eu vos dernières règles ?

9. Utilisez-vous une thérapie de remplacement hormonal ? Oui Non

Si oui, depuis quand ?

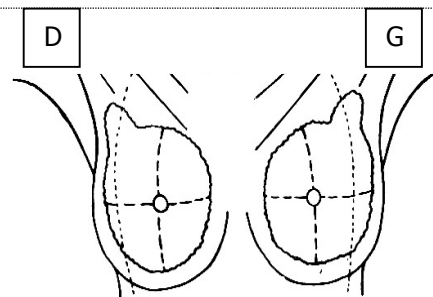
___ / ___ / ____

10. Etes-vous peut-être enceinte ? Oui Non

11. Actuellement, allaitez-vous votre enfant ? Oui Non

12. Avez-vous subi récemment une galactographie (= un examen permettant de visualiser les canaux galactophores du mamelon, par lesquels s'écoule le lait) ? Oui Non

13. Pouvez-vous indiquer sur le dessin les cicatrices des interventions chirurgicales et/ou le lieu où vous sentez une boule au sein ?



Veillez apporter à l'examen tous les examens antérieurs du sein: mammographies, échographies, mammographies IRM, résultats de biopsies antérieures.

Votre signature

Lu et approuvé,