

1.1 Données administratives (Vignette de mutuelle ou remplir en imprimé svp)

Numéro NISS :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

Code postal : Commune :

Nom ou numéro de la mutuelle :

1.1a Médecin qui assurera le suivi / Prescripteur (Référént)

Spécialité : Généraliste
 Gynécologue
 Autre

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Commune :

1.1b Autre Médecin

Spécialité : Généraliste
 Gynécologue
 Autre

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Commune :

1.2. Mammotest

Avez-vous déjà eu une mammographie ? Oui Non

Si oui, en quelle année ?

Vous venez suite à une : Invitation
(deux réponses possibles) Prescription

Qui vous a décidé à passer un mammotest ? Généraliste Courrier d'invitation
(plusieurs réponses possibles) Gynécologue Média
 Amie Autre

Identification de l'unité de mammographie :

Code postal de l'unité de mammographie :

Date du mammotest :/...../.....

Nom du technologue :

Nom du lecteur :

Numéro des clichés :

Remarque :

J'ai pris connaissance du texte mis à ma disposition à l'unité de mammographie qui m'explique le programme fédéral de dépistage du cancer du sein et je marque mon accord pour l'enregistrement, le suivi et le traitement de mes données dans ce cadre.

Date :/...../.....

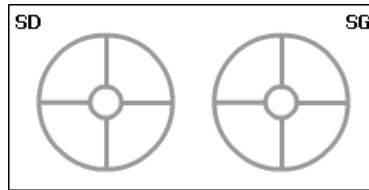
Signature précédée de la mention « pour accord » :

2. Informations complémentaires utiles

Anomalies cutanées :

- | | | | | |
|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | SD | <input type="checkbox"/> | SG | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | Cicatrice d'une opération antérieure |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | Naevus, Verrue |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | Autre : |

Localisation des anomalies cutanées :



Traitement hormonal substitutif ? Oui Non

Positionnement correct impossible ? Oui Non

Remarque :

3.1. Lisibilité des clichés en rapport avec la densité des seins

- Adipeux
- Travées fibroglandulaires dispersées
- Dense hétérogène
- Très dense

3.3. Comparaison aux anciens clichés

- Oui Non Pas comparable
- Date des clichés : / /
- Clichés : Analogiques Numériques
- Remarque :

3.2. Description des anomalies nécessitant une mise au point complémentaire

Incidence Cranio-caudale (face)	SD ○ X △ ◇	Ext. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Ext. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SG ○ X △ ◇
	SD ○ X △ ◇	Int. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Int. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SG ○ X △ ◇
Incidence Axillaire (oblique)	SD ○ X △ ◇	Sup. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Sup. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SG ○ X △ ◇
	SD ○ X △ ◇	Inf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Inf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SG ○ X △ ◇

- : Opacité
- X : Microcalcification
- △ : Rupture d'architecture
- ◇ : Asymétrie de densité

- SD** : Sein droit
- SG** : Sein gauche
- Ext.** : Externe
- Int.** : Interne
- Sup.** : Supérieur
- Inf.** : Inférieur

3.4. Conclusion

(cocher une seule conclusion par sein)

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| SD | SG | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mammothest négatif |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 Négatif |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 Anomalie bénigne |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mammothest positif |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3 Probablement bénin |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4 Suspect |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5 Très suspect de malignité |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autres conclusions |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6 Ininterprétable pour raison technique |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7 Sein avec prothèse |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8 Mastectomie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9 Sein dense nécessitant une échographie |

Les conclusions 3,4 et 5 sont considérées comme positives ! Attention au taux de rappel !

3.5. Recommandation de suivi

(cocher une seule suggestion)

- 1 Pas de mise au point complémentaire
- 2 Échographie pour sein dense ou prothèse
- 3 Mise au point complémentaire
- 4 À refaire pour raisons techniques

Date : / / Cachet et signature :