

MAMMOGRAPHIE QUESTIONNAIRE

1. Ma dernière mammographie était le: _____ Dernières images disponibles: oui non

Aujourd'hui est le jour _____ de mon cycle (jour 1 est le premier jour de mes règles) / Ménopausée depuis _____

2. J'ai les difficultés suivantes oui non

Douleurs Réduction Implants mammaires Lésions cutanées/Rougeurs

Nodule palpable Écoulement de liquide Tension

Où? Veuillez l'indiquer



3. Maladie(s) du sein oui non

Si oui, quand: _____ de quel côté: _____ quelle maladie: _____

4. Opération de la poitrine oui non

Si oui, quand: _____ de quel côté: _____ bénin malin implant

Post-traitement: chimiothérapie radiothérapie hormonothérapie aucun

5. Cancer du sein dans la famille oui non

Si oui, qui : fille mère sœur grand-mère tante/cousine

Âge de contraction de la maladie : _____

6. Opération de l'abdomen oui non

Si oui, quand: _____ Laquelle: _____ bénin malin

Post-traitement: chimiothérapie radiothérapie hormonothérapie aucun

7. Cancer de l'abdomen dans la famille oui non

Si oui, qui : fille mère sœur grand-mère tante/cousine

8. Ma dernière mesure de la densité osseuse était le _____

9. Je prends en ce moment des hormones oui non

Si oui, lesquelles: _____ Depuis: _____

10. Pour les femmes en âge de procréer: pensez-vous être enceinte? oui non

Je confirme avoir lu et compris le texte.

Date _____ Signature de la patiente ou nom/signature de la personne accompagnatrice _____ Signature du personnel instructeur _____