

## 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 \_\_\_\_\_