

## PROGRAMME DE DÉPISTAGE PRÉCOCE DU CANCER DU SEIN – QUESTIONNAIRE

1. Ma dernière mammographie était le: \_\_\_\_\_ à: \_\_\_\_\_ Dernières images:  oui  non
2. Maladie(s) du sein:  oui  non Laquelle: \_\_\_\_\_
3. Maladie(s) du sein dans ma famille:  oui  non Laquelle: \_\_\_\_\_
4. J'ai des douleurs/difficultés:  oui  non Lesquelles: \_\_\_\_\_

Dans le cadre d'un examen de dépistage précoce vous pouvez indiquer le médecin de confiance de votre choix. Si vous nous indiquez un médecin de confiance, celui-ci sera uniquement informé que vous avez effectué aujourd'hui un test de dépistage. Aucune transmission automatique des résultats n'aura lieu. Votre médecin n'aura connaissance des résultats de votre examen que si vous en discutez avec lui.

Nom du médecin: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Spécialisation: \_\_\_\_\_

Veillez nous indiquer une adresse à laquelle vous pouvez être jointe dans les prochains 14 jours:

Nom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Si vous recevez une invitation à nous contacter pour discuter des prochains pas à suivre et/ ou des résultats, veuillez y répondre. Ignorer cette invitation peut avoir de graves conséquences pour votre santé.

Avec votre accord, signifié par ce document, votre médecin de confiance peut à sa demande obtenir, pour information, une copie des résultats du test de dépistage réalisé aujourd'hui.

Si vous ne vous sentez pas suffisamment informée concernant cette déclaration écrite, vous pouvez à tout moment demander un entretien de clarification avec un médecin.

- J'ai compris la déclaration écrite, suis suffisamment informée et renonce à une clarification verbale.
- Je prends connaissance du fait que, en cas de résultats nécessitant des explications, je dois contacter votre organisation afin de mener aussitôt que possible un entretien avec un médecin pour discuter de mes résultats et éventuellement des mesures à prendre pour la suite.
- Je suis d'accord pour que mon médecin de confiance – à sa demande expresse – obtienne une copie de mes résultats

Date \_\_\_\_\_

Signature de la participante \_\_\_\_\_