

Installation : \_\_\_\_\_

## QUESTIONNAIRE MAMMOGRAPHIE IMAGERIE MÉDICALE

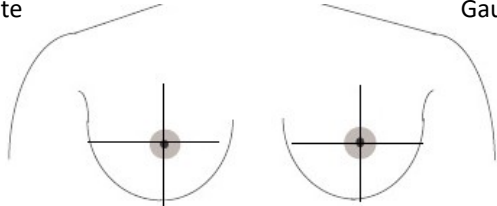
Dossier : \_\_\_\_\_

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ ☐ F ☐ M  
aaaa/mm/jj

NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : \_\_\_\_\_

| ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX                                                                                                                                                                                                                  |                                                           |                                                                                                                                         |                                     |               |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------|--|
| <b>1. Avez-vous déjà eu une mammographie?</b><br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date de la dernière : _____aaaa/mm/jj Nom de l'établissement : _____                                                       |                                                           |                                                                                                                                         |                                     |               |  |
| <b>2. Avez-vous eu un examen physique des seins au cours de la dernière année?</b><br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Fait par : _____ <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Infirmière |                                                           |                                                                                                                                         |                                     |               |  |
| <b>3. Avez-vous des problèmes aux seins qui sont apparus ou qui ont augmenté depuis deux ans?</b>                                                                                                                                     |                                                           |                                                                                                                                         |                                     |               |  |
| - Douleur                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Sein gauche                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Sein droit |               |  |
| - Écoulement du mamelon                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Sein gauche                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Sein droit |               |  |
| - Masses (bosses)                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Sein gauche                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Sein droit |               |  |
| - Rétraction du mamelon                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Sein gauche                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Sein droit |               |  |
| - Eczéma du mamelon                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Sein gauche                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Sein droit |               |  |
| - Changement (rétraction de la peau du sein)                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Sein gauche                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Sein droit |               |  |
| - Rougeur couvrant au moins le tiers du sein                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Sein gauche                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Sein droit |               |  |
| - Autres : _____                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Sein gauche                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Sein droit |               |  |
| <b>4. Avez-vous déjà eu une intervention au sein?</b>                                                                                                                                                                                 |                                                           |                                                                                                                                         |                                     |               |  |
| - Réduction mammaire                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Sein gauche                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Sein droit | Année : _____ |  |
| - Exérèse reliée à un cancer                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Sein gauche                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Sein droit | Année : _____ |  |
| - Mastectomie : <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Partielle                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Sein gauche                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Sein droit | Année : _____ |  |
| - Ponction                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Sein gauche                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Sein droit | Année : _____ |  |
| - Biopsie                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Sein gauche                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Sein droit | Année : _____ |  |
| - Chimiothérapie                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Sein gauche                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Sein droit | Année : _____ |  |
| - Radiothérapie                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Sein gauche                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Sein droit | Année : _____ |  |
| - Changement de prothèse mammaire                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Sein gauche                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Sein droit | Année : _____ |  |
| <b>5. Avez-vous des PROTHÈSES mammaires?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sein gauche <input type="checkbox"/> Sein droit                                                       |                                                           |                                                                                                                                         |                                     |               |  |
| Depuis combien d'années : _____                                                                                                                                                                                                       |                                                           |                                                                                                                                         |                                     |               |  |
| Position de la prothèse : <input type="checkbox"/> Rétrosternale <input type="checkbox"/> Rétroangulaire Contenu de la prothèse : <input type="checkbox"/> Silicone <input type="checkbox"/> Eau saline                               |                                                           |                                                                                                                                         |                                     |               |  |
| <b>6. Avez-vous déjà eu des PROTHÈSES mammaires?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sein Gauche <input type="checkbox"/> Sein droit Enlevées depuis combien d'années : _____      |                                                           |                                                                                                                                         |                                     |               |  |
| <b>7. Est-ce qu'il y a des antécédents de cancers du sein dans votre famille?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas                                                      |                                                           |                                                                                                                                         |                                     |               |  |
| Âge lors du diagnostic : <input type="checkbox"/> Mère _____ <input type="checkbox"/> Sœur(s) _____ / _____ <input type="checkbox"/> Fille(s) _____ / _____ <input type="checkbox"/> Père : _____                                     |                                                           |                                                                                                                                         |                                     |               |  |
| <b>8. Prenez-vous des hormones de remplacement de façon régulière?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Depuis : _____                                                                                       |                                                           |                                                                                                                                         |                                     |               |  |
| <b>9. Avez-vous déjà pris des hormones de remplacement de façon régulière?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Vous avez cessé depuis : _____                                                               |                                                           |                                                                                                                                         |                                     |               |  |
| <b>10. Êtes-vous ménopausée?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Depuis : _____                                                                                                                             |                                                           | <b>CICATRICE, NAEVUS, ETC.</b><br>Droite Gauche<br> |                                     |               |  |
| <b>11. Avez-vous eu des grossesse(s) à terme?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Âge première grossesse _____                                                                                              |                                                           |                                                                                                                                         |                                     |               |  |
| Nombre d'enfants : _____                                                                                                                                                                                                              |                                                           |                                                                                                                                         |                                     |               |  |
| <b>Caractéristiques physiques</b><br>Taille : _____ <input type="checkbox"/> Estimés <input type="checkbox"/> Mesurés<br>Poids : _____ kg <input type="checkbox"/> Estimés <input type="checkbox"/> Mesurés                           |                                                           |                                                                                                                                         |                                     |               |  |

Signature du technologue: \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_aaaa/mm/jj