

Installation : _____

QUESTIONNAIRE PRÉ-BIOPSIE DU SEIN IMAGERIE MÉDICALE

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

ALLERGIES

Avez-vous des allergies à des médicaments?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels? : _____

Êtes-vous allergique à la chlorexidine (produit utilisé pour aseptiser le site de ponction)?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, êtes-vous allergique à l'iode?

☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous allergique à la lidocaïne (médicament utilisé pour l'anesthésie locale, comme chez le dentiste)?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, quelle était la réaction? : _____

ANTICOAGULANTS

Prenez-vous des médicaments anticoagulants sur une base régulière?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels? : _____

Quel dosage? : _____ Quand avez-vous pris la dernière dose? : _____

PROTHÈSES MAMMAIRES

Avez-vous des prothèses mammaires en ce moment?

☐ Oui ☐ Non ☐ Côté gauche ☐ Côté Droit

ANALYSE / SUIVI PAR LE TECHNOLOGUE

Signature du technologue : _____

Date : _____ aaaa/mm/jj