

Installation : _____

QUESTIONNAIRE MAMMOGRAPHIE HOMME IMAGERIE MÉDICALE

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

- Avez-vous déjà eu les examens suivants ?** ☐ Oui ☐ Non
☐ Mammographie
☐ Échographie mammaire
☐ Résonnance magnétique mammaire (IRM)
Date du dernier examen : _____aaaa/mm/jj_____ Nom de l'établissement : _____
- Avez-vous eu un examen physique des seins dans la dernière année ?** ☐ Oui ☐ Non
Fait par : _____
- Avez-vous eu des problèmes aux seins qui sont apparus ou qui ont augmenté dans les 2 dernières années ?** ☐ Oui ☐ Non
☐ Douleur ☐ Sein gauche ☐ Sein droit
☐ Écoulement du mamelon ☐ Sein gauche ☐ Sein droit
☐ Masse (bosse) ☐ Sein gauche ☐ Sein droit
☐ Autres : _____
- Avez-vous déjà eu une biopsie du sein ?** ☐ Oui ☐ Non ☐ Sein gauche ☐ Sein droit Année : _____
- Avez-vous eu un des cancers suivants ?** ☐ Oui ☐ Non
☐ Testicule Année : _____
☐ Thyroïde Année : _____
☐ Reins Année : _____
☐ Prostate Année : _____
☐ Poumons Année : _____
- Avez-vous eu un des problèmes de santé suivant connu ?** ☐ Oui ☐ Non
☐ Aux testicules
☐ À la glande thyroïde
☐ Aux reins
☐ Au foie
☐ Hypophysaire
☐ Syndrome Klinefelter
- Avez-vous des antécédents familiaux de cancer du sein, des ovaires ou de la prostate ?**
☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas Si oui : ☐ Mère/Père ☐ Sœur/Frère ☐ Fille/Fils

Caractéristiques physiques : Taille : _____ po/_____ cm Poids : _____ kg/_____ lbs

Commentaires :



Signature du technologue: _____

Date : _____aaaa/mm/jj_____