

Centre régional de santé de North Bay

Imagerie diagnostique Questionnaire relatif à une mammographie

Antécédents pertinents

Avez-vous déjà subi une mammographie?

Oui Non

Si oui, indiquez quand : Mois : _____ Année : _____ Je ne sais pas

Où : _____

Est-ce que vous ou un membre de votre famille immédiate avez déjà eu le cancer du sein? Oui Non

Je ne sais pas

Vous-même Année : _____ Mère _____ Sœur _____ Fille _____
À quel âge À quel âge À quel âge

Grand-mère Tante Cousine (Maternelle Paternelle)

Avez-vous déjà eu des opérations ou des traitements au sein? Oui Non Je ne sais pas

Aspiration d'un kyste D G Quand : _____ Mastectomie/lumpectomie D G Quand : _____

Biopsie à l'aiguille D G Quand : _____ Nodules retirés Positive Négative

Biopsie chirurgicale D G Quand : _____ Radiothérapie Chimiothérapie

Réduction/rehaussement/reconstruction D G Quand : _____

Implants D G Quand : _____

Trauma Kystes sébacés Mastite/infection D G Quand : _____

Est-ce que cela fait plus de 12 mois depuis vos dernières menstruations? Si oui, dites comment ou pourquoi.

Non Oui (naturellement) Oui (chirurgicalement) Oui (préciser toute autre raison) _____

Suivez-vous un traitement hormonal? Oui Non _____

Pourquoi subissez-vous cette mammographie?

Dépistage/examen annuel

Suivi de 3 à 6 mois D G

Bosse ou épaissement D G

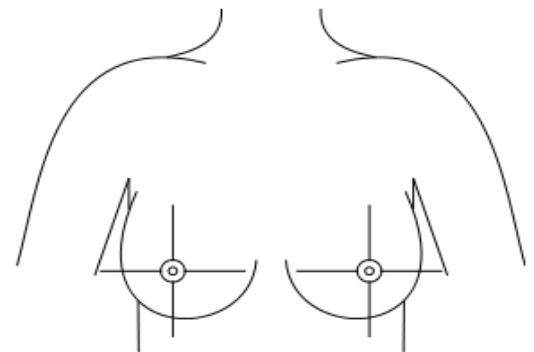
Changements/rétraction de la peau D G

Problèmes d'implants mammaires D G

Douleur/sensibilité (chronique ou aiguë) D G

Écoulement du mamelon (couleur _____) D G

Autre (préciser) _____



Y a-t-il eu des changements depuis votre dernière visite chez le médecin? Oui Non

Commentaires : _____

Nom de la technologue : _____ Signature de la technologue : _____