DÉPISTAGE DES CANCERS
Centre de coordination
Centre-Val de Loire

QUESTIONNAIRE ANTECEDENTS – MAMMOGRAPHIE DE DEPISTAGE
En cas de difficultés à remplir ce questionnaire, vous pourrez en rediscuter lors de votre rendez-vous au cabinet de radiologie

Identification de la patiente	**Médecin(s) à informer** *(merci de vérifier les coordonnées le cas échéant)* *(Si pas de médecin, cocher ici ☐)*	
	MÉDECIN GÉNÉRALISTE	**GYNÉCOLOGUE/ SAGE-FEMME**
Nom marital …… Nom JF …… Prénom …… Date de naissance …… Adresse …… …… …… **Téléphone portable** **……/……/……/……/……** Téléphone ……/……/……/……/…… Mail ……	**Nom** …… **Prénom** …… Adresse …… …… **Ville** ……	…… …… …… …… ……

Antécédents

Mammographie antérieure ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas
Si oui, préciser la date ……../……../……..

Traitement hormonal substitutif de la ménopause en cours : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Antécédents personnels ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

	DROIT	**GAUCHE**	**ANNEE**
Cancer du sein	☐	☐	……..
Chirurgie du sein Type lésion : ……	☐	☐	……..

Maladie de Hodgkin ☐ oui ☐ non avec irradiation thoracique : ☐ oui ☐ non

<u>Antécédents familiaux connus de cancers du sein ou de l'ovaire</u> :

Y-a-t-il eu **<u>chez une femme</u>** de votre famille proche (côtés père ou mère, ou leurs enfants) ?

Un cancer du sein ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Si oui, indiquer l'âge de survenue : ……..
……
……

Un cancer de l'ovaire avant 70 ans ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Y-a-t-il eu **<u>chez un homme</u>** de votre famille proche (côtés père ou mère, ou leurs enfants) un cancer du sein (quel que soit l'âge) ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

<u>Note à l'attention du radiologue</u> : le formulaire ci-dessus est un format simplifié de la fiche d'interprétation destiné à être rempli par la patiente ou son entourage en amont de rendez-vous pour faciliter le recueil des antécédents. Les informations mentionnées doivent être retranscrites sur une fiche d'interprétation.