



MAMMOGRAPHIE

INFORMATION ET QUESTIONNAIRE

Imp_crm _____ Édition ____ Date ____/____/____

OBS n° _____

Date ____/____/____

INFORMATION SUR L'EXAMEN

La mammographie est un examen radiographique du sein, efficace pour détecter et caractériser des anomalies. Pour obtenir des images de qualité avec la dose la plus faible possible, le sein est comprimé pendant quelques secondes, ce qui peut être inconfortable.

- Apportez toujours vos examens antérieurs (images et comptes rendus) : ils sont essentiels pour la comparaison.
- Des incidences complémentaires et/ou une échographie mammaire peuvent être nécessaires le même jour. Être rappelée pour un complément d'examen ne signifie pas que vous avez un cancer.
- Aucun examen n'est parfait : un résultat normal n'exclut pas une maladie. Signalez toujours tout nouveau symptôme (une boule, une modification du sein ou du mamelon), même si vous avez récemment passé une mammographie normale.
- Préparation : n'appliquez pas de déodorant, de talc ni de crème sur les aisselles et les seins le jour de l'examen ; retirez colliers et piercings.
- Si vos seins deviennent sensibles avant les règles, la meilleure période pour l'examen se situe entre le 7^e et le 12^e jour après le début des règles.
- Informez-nous si vous êtes enceinte ou susceptible de l'être. La mammographie peut être réalisée pendant la grossesse lorsqu'elle est nécessaire ; dans certains cas, le médecin peut préférer commencer par une échographie.

Poids _____ kg Taille _____ m Date des dernières règles ____/____/____

SYMPTÔMES ACTUELS

RÉPONDRE AVEC UNE CROIX (X)	NON	OUI
Sentez-vous une boule (nodule) dans le sein ?		
Avez-vous une douleur localisée et persistante dans un sein ?		
Avez-vous remarqué une rétraction récente du mamelon, ou un eczéma/une desquamation du mamelon ?		
Avez-vous un écoulement du mamelon (surtout par un seul orifice) ?		
Avez-vous remarqué une modification de la peau (rétraction, « peau d'orange », épaissement) ?		

Si vous avez répondu OUI, indiquez le sein (D/G) et depuis combien de temps :

Si vous avez un écoulement du mamelon, indiquez la couleur (cochez avec un X ; plusieurs choix possibles) : () claire/aqueuse () blanchâtre/laitieuse () jaunâtre () verdâtre () brunâtre () rosée () sanglante/rougeâtre () je ne sais pas

L'écoulement survient-il spontanément ou seulement lorsque vous pressez le mamelon ? (cochez avec un X) : () spontané (tache les vêtements/soutien-gorge) () seulement quand je presse

ANTÉCÉDENTS MAMMAIRES

RÉPONDRE AVEC UNE CROIX (X)	NON	OUI
Avez-vous déjà passé une mammographie, une échographie ou une IRM mammaire ?		
Avez-vous déjà eu une biopsie du sein ?		
Avez-vous déjà été opérée du sein (y compris chirurgie esthétique/réduction/augmentation) ?		



RÉPONDRE AVEC UNE CROIX (X)	NON	OUI
Avez-vous des prothèses/implants mammaires ou une reconstruction mammaire ?		
Avez-vous déjà eu une mastite (inflammation du sein) ?		
Avez-vous déjà eu un cancer du sein ?		
Avez-vous déjà eu un cancer de l'ovaire ?		
Avez-vous reçu une radiothérapie de la région thoracique entre 10 et 30 ans (ex. : traitement d'un lymphome) ?		

Si vous avez répondu OUI à l'une des questions ci-dessus – précisez (quoi / quand / où / quel sein, le cas échéant) : _____

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

RÉPONDRE AVEC UNE CROIX (X)	NON	OUI
Avez-vous des proches ayant eu un cancer du sein ?		
Avez-vous des proches ayant eu un cancer de l'ovaire ?		
Existe-t-il une mutation génétique connue dans votre famille (ex. : BRCA) ?		

Si OUI, indiquez le lien de parenté et l'âge au diagnostic : _____

STATUT HORMONAL ET REPRODUCTIF

RÉPONDRE AVEC UNE CROIX (X)	NON	OUI
Avez-vous encore vos règles ?		
Êtes-vous ménopausée ?		
Suivez-vous un traitement hormonal substitutif (THS) ?		
Prenez-vous une contraception hormonale ?		
Avez-vous eu des enfants ?		
Avez-vous allaité ?		
Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?		
Allaitez-vous ?		

Si vous êtes ménopausée, à quel âge ? _____ ans · Si vous avez allaité, pendant combien de temps ? _____

À REMPLIR PAR LE/LA MANIPULATEUR(TRICE) / LE MÉDECIN RADIOLOGUE

Indiquez cicatrices, rétractions et lésions cutanées, mastectomie ; précisez si une mammographie unilatérale ou une incidence complémentaire est réalisée. Notez les éléments pertinents rapportés par la patiente.

Observations :

Je déclare que les informations fournies sont exactes et que j'ai compris les informations qui m'ont été données, ayant eu la possibilité de poser des questions.

Signature ou nom du/de la patient(e) ou du/de la représentant(e) légal(e)	Date
	____/____/____
Si le/la patient(e) n'est pas en mesure de signer – numéro de pièce d'identité	Lien de parenté
Validé par (médecin radiologue ou manipulateur(trice) en radiologie)	Date
	____/____/____

Protection des données : les données recueillies sont utilisées exclusivement pour la réalisation de l'examen, la rédaction de son compte rendu et l'archivage du dossier clinique, et sont traitées conformément au RGPD (Règlement (UE) 2016/679) et à la loi portugaise n° 58/2019. Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification et les autres droits prévus par la loi auprès de la CRMA (délégué à la protection des données).