



## Antécédents médicaux en vue de la réalisation de la mammographie

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

**Mammographie antérieure ?**  Oui  Non  Ne sait pas Si oui, précisez la date : .....

**Traitement hormonal substitutif de la ménopause en cours ?**  Oui  Non  Ne sait pas

Antécédents personnel (plusieurs réponses possibles)			Antécédents familiaux connus de cancers du sein ou de l'ovaire ?		
Non	Droite	Gauche	Y a-t-il eu chez une femme de votre famille proche (côtés Père ou mère, ou parmi leurs enfants) ? :		
Cancer du sein Si oui, précisez l'année :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Chirurgie pour lésion à risque Si oui, précisez l'année : et le type de lésion :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Branche : Père Mère</b>		
			Une mutation BRCA ½ identifiée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie pour lésion bénignes Si oui, précisez le type de lésion :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Un cancer du sein avant 30 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Un cancer du sein entre 30 et 39 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie plastie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Un cancer du sein entre 40 et 49 ans Si oui, combien : __	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Un cancer du sein entre 50 et 69 ans Si oui, combien : __	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de Hodgkin avec irradiation Thoracique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Un cancer de l'ovaire avant 70 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Y a-t-il eu chez une femme de votre famille proche (côtés Père ou mère, ou parmi leurs enfants) un cancer du sein (quel que soit l'âge) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Indiquez l'âge de survenue le plus précoce :		

Document confidentiel à remettre sous enveloppe cachetée au centre de radiologie.