



5950 Cote-des-Neiges, Suite 200
Montreal, Qc; H3S 1Z6
Tel: (514) 739-6169
Fax: (514) 739-5610

MAMMOGRAPHIE BILATERALE

Nom: _____ Age: _____ Nombre d'enfants: _____

- 1) Avez-vous allaités vos enfants? Oui Non
- 2) Pourquoi avez-vous consulté votre médecin?
- Douleur (droit/gauche) - Examen de routine
- Écoulement (droit/gauche) - Masse (droit/gauche)
- 3) Y a t'il du cancer de sein dans votre famille? Oui Non
- Mère - Grand-mère
- Sœur - Tante
- 4) Avez-vous déjà subie une intervention chirurgicale sur vos seins? Oui Non
- Biopsie - Augmentation mammaire
- Réduction mammaire - Mastectomie
- Kyste
- 5) Êtes-vous ménopausées? Oui Non
- 6) Avez-vous déjà subie une intervention chirurgicale sur votre utérus ou ovaires?
Oui Non
Est-ce que ceci s'agissait d'une hystérectomie? Oui Non
Partielle ou totale (encerclez la bonne réponse).
- 7) Prenez-vous des médicaments (hormones ou autres)? Oui Non
Si oui, lesquelles? _____
- 8) Avez-vous déjà pris la pilule anticonceptionnelle? Oui Non

Signature du Patient :

Réserve pour la technicienne de mammographie

Examen Clinique:

Mas Compression Angle

CC Gauche
CC Droit
Oblique Gauche
Oblique Droit