

PROGRAMME  
MAMMOGRAPHIE

FICHE MAMMOGRAPHIQUE

n° dossier  
ou année d'invitation

RADIOLOGUE : \_\_\_\_\_ Code médecin : 90 \_\_\_\_\_

MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, localité) : gynécologue, généraliste ou interniste

Nom :

Epouse :

Prénom :

Adresse :

Matricule :

\_\_\_\_\_ Mammo dépistage

PARTIE A REMPLIR PAR LA PATIENTE

Est-ce que ceci est votre première mammographie ?  oui Ja  non Nein  
*Ist dies Ihre erste Mammographie ?*

Si non : date de la dernière mammographie : jour/Tag mois/Monat année/Jahr  
*Wenn nein : Datum der letzten Mammographie*

Actuellement êtes-vous sous traitement hormonal de la ménopause ?    
*Nehmen Sie zur Zeit Hormone ein (zur Behandlung der Wechseljahre) ?*

Avez-vous déjà eu une maladie du sein ?    
*Haben Sie schon eine Brustkrankung gehabt ?*

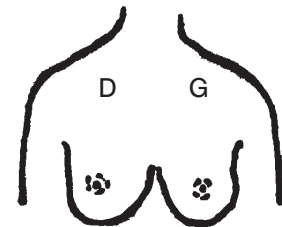
Avez-vous déjà été opérée du sein ? date ?    
*Wurden Sie schon an der Brust operiert ? Wann ?*

Avez-vous eu un cancer du sein ?    
*Hatten Sie Brustkrebs ?*

Avez-vous actuellement une anomalie de la peau du sein ?    
*Haben Sie Hautveränderungen an der Brust ?*

Est-ce qu'un membre de votre famille (mère, sœur ou fille) a eu un cancer du sein ?    
*Ist ein Familienmitglied (Mutter, Schwester oder Tochter) an Brustkrebs erkrankt ?*

- avant l'âge de 50 ans ?  après l'âge de 50 ans ?   
*- vor dem Alter von 50 Jahren ? nach dem Alter von 50 Jahren ?*



Dessiner : Cicatrices, Verrues  
Anomalie de la peau  
Mammectomie

Revu RX \_\_\_\_\_ par l'ATM

PARTIE A REMPLIR PAR LE RADIOLOGUE

RESULTATS

SD SG  
Clarté    
Opacité:    
- Contour régulier    
- Contour irrégulier    
Surdensité    
Image stellaire    
Rupture architecture    
Prothèse(s)    
Anomalie nouvelle

SD SG  
Microcalcifications:    
- bénignes    
- suspectes    
Rétraction    
Signes cutanés    
Opacité diffuse

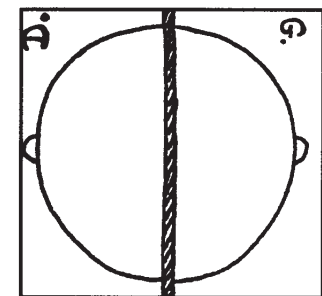
Revu RX \_\_\_\_\_

CONCLUSIONS

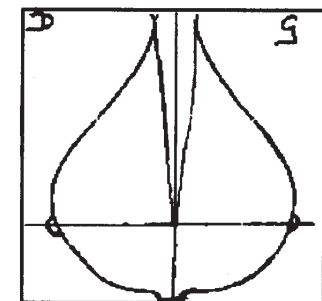
1 = Sein normal   
2 = Anomalie ne nécessitant pas d'examen diagnostique   
3 = Anomalie nécessitant une procédure diagnostique

Cachet et signature du radiologue :

Date : \_\_\_\_\_



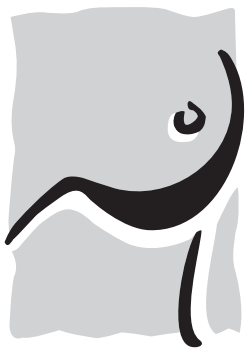
Incidence cranio-caudale



Incidence axillaire

En conformité avec la loi\*, par votre participation au dépistage vous autorisez la transmission de vos données médicales (résultats de la mammographie, des examens complémentaires et histologiques éventuels) aux médecins responsables du Programme Mammographie.

\*La loi du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel.



## PROGRAMME MAMMOGRAPHIE

# Ceci est VOTRE BON pour VOTRE participation GRATUITE aux examens de dépistage par mammographie

Prenez rendez-vous auprès d'un des centres de radiologie figurant sur la liste ci-jointe. Présentez ce BON au secrétariat du centre de radiologie ensemble avec la fiche mammographique ci-annexée. N'oubliez pas d'indiquer sur la fiche mammographique le nom et l'adresse de votre médecin traitant (gynécologue, généraliste ou interniste).

Nehmen Sie bei dem Röntgenzentrum Ihrer Wahl (Liste beiliegend) einen Termin. Geben Sie diesen GUTSCHEIN im Röntgenzentrum zusammen mit dem angehefteten Begleitblatt (Fiche mammographique) ab. Vergessen Sie nicht, auf dem Begleitblatt den Namen und die Adresse Ihres behandelnden Arztes anzugeben (Gynäkologe, Hausarzt oder Internist).

Le Centre de radiologie spécifié ci-contre certifie avoir réalisé les mammographies prévues par le programme de dépistage précoce du cancer du sein en faveur de Madame

Code prestataire: **70-** \_\_\_\_\_

Date de l'examen: \_\_\_\_\_

Matricule assurée: \_\_\_\_\_

Timbre et signature du centre radiologique

à découper par le Centre de Dépistage



## BON pour les prestations médicales radiologiques

Le soussigné Dr \_\_\_\_\_

docteur en médecine, certifie avoir procédé aux examens radiologiques prévus par le programme de dépistage précoce du cancer du sein en faveur de l'assurée

et avoir remis au centre de coordination la fiche de renseignements dûment complétée.

Date de l'examen: \_\_\_\_\_

Code médecin: **90-** \_\_\_\_\_

Matricule assurée: \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**Le cachet du centre  
de radiologie  
n'est plus accepté.**

Signature et timbre personnel  
du médecin radiologue agréé: \_\_\_\_\_

