

ETIQUETTE A COLLER

Votre âge :

Êtes-vous ménopausée ? Non : date de vos dernières règles
 Oui : depuis quel âge ?

Prenez-vous un traitement hormonal de la ménopause Non Oui : lequel ?

Êtes-vous enceinte ? Non Oui Allaitiez-vous ? Non Oui

Avez-vous déjà eu une mammographie ? Non Oui

Avez-vous actuellement des problèmes aux seins ? :

Douleur	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche
Écoulement	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche
Grosesse	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche
Inversion du mamelon	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche
Autres	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche

Avez-vous eu un cancer du sein ? Non Oui Droit Gauche

Avez-vous eu déjà au niveau des seins ? :

Ponction ou Biopsie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche	Année
Ablation partielle ou totale d'un sein	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche	Année
Radiothérapie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui		Année
Chimiothérapie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui		Année
Chirurgie au niveau du sein pour une lésion bénigne	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui		Année
Reconstruction	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche	Année
Prothèse	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche	Année
Réduction mammaire	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui		Année

Y-a-t-il eu des cancers du sein ou de l'ovaire dans votre famille ? Oui Non ne sait pas

Âge lors du diagnostic du cancer :

Mère Age :
 Sœur Age :
 Autres :

Prenez-vous du Tamoxifène,
Arimidex ou autre ?

Non Oui : depuis
quand ?

