

Nom et Prénom : _____

Date de naissance : _____

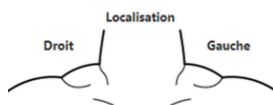
Avez-vous déjà effectué une mammographie ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quand ? _____ Où ? _____

Symptômes :

Avez-vous actuellement des problèmes aux seins ? ☐ Oui ☐ Non

- Si **oui**, dans quelle région et quel problème ?



*Marquez avec une croix sur le dessin l'endroit concerné

☐ Nodule

☐ Douleurs

☐ Rétraction du mamelon

☐ Autre : _____

Antécédents personnels :

Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? ☐ Oui ☐ Non

Allaitez-vous ou avez-vous déjà allaité ? ☐ Oui ☐ Non

Contraception : ☐ Oui ☐ Non

Nombre de grossesses : _____

Nombre d'accouchements : _____

Date des dernières règles : _____

Ménopause : ☐ Oui ☐ Non

- Si **oui**, prenez-vous un traitement hormonal ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous subi une des opérations suivantes ?

- Hystérectomie (retrait de l'utérus, des trompes) ☐ Oui ☐ Non
- Ovariectomie (retrait des ovaires) ☐ Oui ☐ Non
- Seins (biopsie kyste/nodule, réduction mammaire) ☐ Oui ☐ Non
- Autre : _____

Êtes-vous porteuse de prothèses mammaires ? ☐ Oui ☐ Non

- Si **oui**,
Quel type de prothèses ? ☐ Silicone ☐ Solution saline
Année de la mise en place : _____
Y a-t-il des antécédents de rupture ? ☐ Oui ☐ Non

Antécédents familiaux positifs :

Y a-t-il des cancers du sein dans votre famille ? ☐ Oui ☐ Non

- Si **oui**, quel membre de la famille est concerné ?

	☐ Mère	☐ Sœur	☐ Fille	☐ Autre _____
Plus que 50 ans	☐	☐	☐	☐
Moins que 50 ans	☐	☐	☐	☐

Y a-t-il d'autres cancers dans votre famille ?

☐ Utérus / ovaires ☐ Côlon ☐ Pancréas ☐ Prostate

Cancer du sein :

Avez-vous ou avez-vous déjà eu un cancer du sein ? ☐ Oui ☐ Non

- Si **oui**,
En quelle année : _____

Quel côté du sein ? ☐ Gauche ☐ Droit ☐ Les deux côtés

Avez-vous eu une chirurgie ? ☐ Oui ☐ Non

Quel type de chirurgie ? ☐ Mastectomie
☐ Tumorectomie
☐ Curage axillaire

Avez-vous eu un traitement ? ☐ Radiothérapie
☐ Chimiothérapie
☐ Hormonothérapie
☐ Immunothérapie

Avez-vous fait un dépistage génétique ? ☐ Oui ☐ Non
Est-il ? ☐ Positif ☐ Négatif

Date : _____

Signature : _____