

QUESTIONNAIRE DE SANTE

A COMPLETER et **A PRENDRE** avec vous le jour de votre mammographie

N° de référence
Nom
Prénom
Rue
NPA/localité
Téléphone privé

Nom de jeune fille
Date de naissance

Assurance maladie

Natel

N° assurée
N° AVS

Indiquez le **gynécologue** (ou le médecin de famille) à qui vous souhaitez que votre résultat soit envoyé.

Nom
Prénom

Localité
Téléphone

IMPORTANT – explications concernant l'utilisation de vos données et votre consentement éclairé.

Par ma signature,

- je déclare avoir été informée de la manière dont fonctionne le dépistage, de ses avantages et de ses limites.
- j'autorise la transmission et l'échange de mes données médicales entre les professionnels impliqués dans le dépistage, tant par voie postale qu'électronique, de même que l'enregistrement et l'archivage de mes données par le programme de dépistage. Ces données resteront confidentielles; je dispose en tout temps d'un droit d'accès et de rectification de mes informations personnelles.
- j'autorise l'échange d'informations entre le médecin dont j'ai indiqué le nom et les professionnels actifs dans le programme de dépistage.
- j'autorise la transmission de mes données nominatives de santé au Registre fribourgeois des tumeurs.
- je confirme avoir été informée que mes données, rendues anonymes, peuvent être utilisées à des fins statistiques et de formation.
- j'autorise qu'en cas de déménagement, mon dossier soit transmis au programme de dépistage de mon nouveau canton de domicile.
- j'autorise la transmission de résultats d'examens complémentaires au programme de dépistage si le résultat de mon examen de dépistage le nécessite.

Date	Signature
------	-----------

Les renseignements que vous donnez dans ce questionnaire sont nécessaires aux radiologues pour interpréter votre mammographie. Pour chaque question, merci de cocher la case correspondant à votre réponse.

1a	Avez-vous déjà effectué une mammographie ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui				
1b	Si oui, à quelle date et dans quel institut ?	date :		institut :		
1c	Si oui, pour quelle raison ?	<input type="checkbox"/> dépistage <input type="checkbox"/> problème au sein <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.				
2a	Actuellement, suivez-vous un traitement hormonal pour la ménopause ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, depuis an-s				
2b	Avez-vous, auparavant , suivi un traitement hormonal pour la ménopause ?	<input type="checkbox"/> non, jamais <input type="checkbox"/> plus depuis an-s durée du traitement an-s				
3	Avez-vous -eu- une parente soignée pour un cancer du sein ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Je ne sais pas. Si oui , âge au moment du diagnostic :				
			mère	sœur	filles	autre (précisez)
		plus de 50 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		moins de 50 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Je ne sais pas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Actuellement, avez-vous des problèmes aux seins ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si oui , de quoi s'agit-il ?				
			sein droit		sein gauche	
		douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		écoulement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		boule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	autre (précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5	Avez-vous déjà été opérée ou subi une intervention (par ex. biopsie) des seins ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si oui , de quoi s'agissait-il ?				
			sein droit	sein gauche	précisez	année
		affection bénigne (kyste, fibrome, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		opération esthétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		cancer du sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			