

QUESTIONNAIRE DE SANTE

A compléter et à prendre avec vous le jour de votre mammographie

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

Nom de jeune fille
Date de naissance

Natel

Assurance maladie
Nationalité

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 de mes mammographies anciennes et actuelles au centre de dépistage, tant par voie postale qu'électronique, de même que l'enregistrement et l'archivage pendant 10 ans de mes données médicales par le centre de dépistage.
- j'autorise l'échange d'informations entre mon médecin et les professionnels actifs dans le centre du programme de dépistage.
- j'autorise la transmission de mes données nominatives de santé au registre cantonal du cancer.
- je confirme avoir été informée que mes données, rendues anonymes, peuvent être utilisées à des fins statistiques et d'amélioration de la qualité du programme de dépistage.
- j'autorise qu'en cas de déménagement, mon dossier complet soit transmis au programme de dépistage de mon nouveau canton de domicile.
- j'autorise la rétroaction des résultats d'un éventuel examen de suivi / clarification au programme de dépistage.

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"/> 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	Si non, avez-vous, auparavant , suivi un traitement hormonal pour la ménopause ?	<input type="checkbox"/> non, jamais <input type="checkbox"/> non, plus depuis an-s durée du traitement an-s				
3	Avez-vous une parente soignée pour un cancer du sein ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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"/>
	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"/>	<input type="checkbox"/>
		écoulement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	boule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	autre (précisez)	<input type="checkbox"/>	<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"/>			