

Questionnaire de santé

Votre n° de dossier
«IdDossier»

Informations personnelles

Nom	Nom de jeune fille
Prénom	Date de naissance
Adresse	Métier/activité professionnelle
NPA/Localité	Langue maternelle
Tél. privé	N° de portable
Tél. au travail	E-mail
Caisse-maladie	N° d'assuré
Nationalité	N° AVS
Remarques :	

Le résultat de l'analyse sera communiqué à vous ainsi qu'à votre gynécologue, par écrit, et dans les huit jours ouvrables suivant l'analyse.

Références de votre gynécologue

Nom	Nom
Prénom	Prénom
Adresse	Adresse
NPA/Localité	NPA/Localité

Veuillez envoyer les résultats aussi à :

médecin de famille autre médecin

Pourquoi nous vous posons des questions concernant votre santé ? Vos informations sur ce questionnaire sont importantes pour les deux radiologues qui évaluent indépendamment vos images de mammographie.

J'ai déjà rempli ce questionnaire. Dois-je le remplir à nouveau ?

OUI, des modifications peuvent avoir eu lieu depuis votre dernière mammographie.

1. Avez-vous déjà fait une mammographie ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, quand ?	Date :	
Si oui, pour quelle raison ?	Nom de l'institut :	
	<input type="checkbox"/> dépistage	
	<input type="checkbox"/> problème au sein	
	<input type="checkbox"/> autre raison	
	<input type="checkbox"/> ne sais pas	
2. Suivez-vous un traitement hormonal ?	<input type="checkbox"/> non	
Avez-vous auparavant suivi un traitement hormonal ?	<input type="checkbox"/> oui, depuis _____ années	
	<input type="checkbox"/> non, jamais	
	<input type="checkbox"/> oui, le dernier en date : _____ durée : _____ mois	



3. Votre mère, sœur ou fille ont-elles été atteintes d'un cancer du sein ? Si oui, à quel âge a-t-il été diagnostiqué ?	<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> oui	
	Votre mère	Votre sœur	Votre fille	
	50 ans ou plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Moins de 50 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne sais pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Ressentez-vous actuellement des troubles au niveau des seins ? Si oui :	<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> oui	
	Sein droit	Sein gauche		
	Douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Perte de liquide au niveau du mamelon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ganglion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Autre transformation (précisez s.v.p.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5. Avez-vous déjà subi une opération du sein ? Si oui :	<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> oui		
	Sein droit	Sein gauche	Brève description	Année	
	Pour une transformation bénigne (kyste, fibrome, etc ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Cancer du sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Pour une augmentation et/ou une réduction mammaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Ne sais pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Autre (précisez s.v.p.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

IMPORTANT – Déclaration de consentement

Par ma signature j'approuve que

- mes images de mammographie précédemment créées et stockées peuvent être transmises au radiologue agréé de l'Institut de radiologie.
- mes données peuvent être utilisées et archivées sous forme anonyme à des fins statistiques et dans le cadre du contrôle de la qualité et de l'efficacité du programme de dépistage du cancer du sein.
- les données nécessaires au contrôle de la qualité et de l'efficacité du programme de dépistage précoce du cancer du sein relatives à un éventuel cancer du sein soient collectées dans le cadre du registre des tumeurs. Je délègue, par la présente, les médecins du registre des tumeurs et leur personnel auxiliaire du secret professionnel vis-à-vis des médecins du programme de dépistage précoce du cancer du sein.
- les médecins du programme de dépistage du cancer du sein et leurs collaborateurs du registre du cancer sont autorisés à demander les résultats d'une éventuelle maladie du sein à mon médecin traitant. Dans ce cadre, je le délègue du secret médical. Ces données sont traitées de manière confidentielle.
- je me suis informée sur le programme de dépistage du cancer du sein.

Cette déclaration de consentement peut être révoquée à tout moment.

Localité/Date :

Signature :

Avez-vous besoin d'une aide pour remplir le questionnaire de santé ? Si oui, appelez-nous directement au centre du programme à la ligue contre le cancer des deux Bâle au numéro suivant : téléphone 061 319 91 70.

Les données sont contrôlées/saisies par le personnel en charge du dépistage (nom, prénom)