

# Questionnaire mammographie

Nom .....

Prénom .....

Date de naissance ..... / ..... / ..... Poids ..... Kg Taille ..... cm

Dernières règles ..... / ..... / ..... Age de la ménopause ..... ans

Nombre d'enfants ..... G ..... P ..... A .....

**Veillez indiquer par une croix votre réponse aux questions**

- |   | Oui                      | Non                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Avez-vous déjà fait une mammographie?<br>Si oui, date ..... / ..... / ..... Lieu .....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Prenez-vous un traitement hormonal de substitution de la ménopause?<br>Si oui, lequel? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Avez-vous subi une opération du sein?<br>Si oui, laquelle? .....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Avez-vous des antécédents familiaux?<br>Si oui, qui et lesquels? .....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Avez-vous des antécédents gynécologiques?<br>Si oui, lesquels? .....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Je soussigné(e) certifie l'exactitude des informations de ce questionnaire.

Date ..... / ..... / ..... Signature TRM .....