

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

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

Date / / Signature TRM