



## QUESTIONNAIRE AVANT MAMMOGRAPHIE

A remettre à la manipulatrice qui réalisera votre examen

NOM : .....

PRENOM : .....

AGE : .....

DATE de la DERNIERE MAMMOGRAPHIE : .....

AGE de la MENOPAUSE (si ménopausée) : .....

Prenez-vous un TRAITEMENT HORMONAL (pour Ménopause, FIV, PMA, autre) :  OUI  NON

**ANTECEDENT de CANCER du SEIN dans la FAMILLE** :  OUI  NON

Si oui : Qui : à quel âge :

Qui : à quel âge :

Qui : à quel âge :

Qui : à quel âge :

**AVEZ-VOUS DEJA ETE OPEREE d'un SEIN** :  OUI  NON

Si oui :  DROIT  Chirurgie esthétique date :

Lésion bénigne date :

Cancer date :

GAUCHE  Chirurgie esthétique date :

Lésion bénigne date :

Cancer date :

Merci de votre coopération