

Imagerie de la Femme

A quel âge avez-vous eu vos premières règles ? __ ans

Avez-vous déjà effectué une mammographie ?

OUI : mois / année NON

Avez-vous des enfants ?

OUI Combien ? __ Age de la 1^{ère} grossesse : __ ans Nombre de grossesse (s) : __

NON

Avez-vous allaité ?

OUI Durée approximative pour chaque enfant : __ mois __ mois __ mois __ mois

NON

Complications éventuelles (abcès, mastite...) :

Etes-vous ménopausée ?

OUI Depuis quel âge ? __ ans NON Date des dernières règles :

Traitement hormonal en cours ?

OUI Lequel : NON

Avez-vous actuellement une plainte au(x) sein(s) ?

OUI Lequel : NON

Avez-vous déjà eu des problèmes (opération, biopsie...) au(x) sein(s) ?

OUI Lequel : NON

Antécédents familiaux de cancer du sein et/ou de l'ovaire :

OUI NON

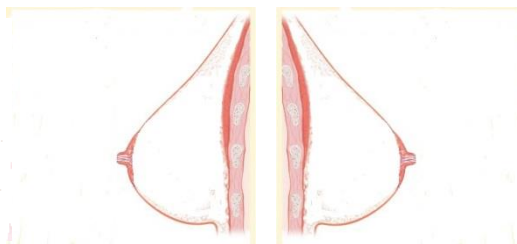
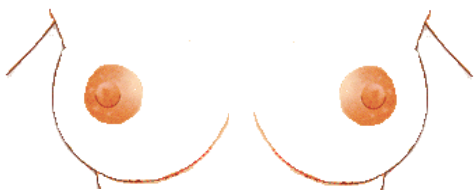
Si oui, chez qui et à quel âge : côté maternel :

.....

côté paternel :

.....

Cadre réservé au médecin



Nom : Prénom : Age :

Les rapports médicaux ainsi que les images réalisés dans notre centre sont transmis au médecin prescripteur de l'examen et autres professionnels de santé mentionnés sur la feuille de prescription. Fréquemment des médecins spécialistes, hôpitaux, **CHUV ou HUG (hôpitaux universitaires genevois)** nous demandent des résultats d'examens et images réalisés dans notre centre. Par votre signature :

- Vous acceptez que les rapports médicaux ainsi que les images leur soient transmis lorsque vous êtes en traitement auprès d'eux, dans le respect du principe de proportionnalité.
- Vous acceptez que le centre **Imagerie La Chaux-de-Fonds SA** puisse demander d'anciens rapports ou images nécessaires à l'établissement du diagnostic relatif aux examens réalisés chez nous, dans le respect du principe de proportionnalité.

Date :

Signature :