



## Questionnaire de santé

A remettre à la personne qui vous fera  
la mammographie de dépistage

N° de référence (cf. lettre d'invitation) \_\_\_\_\_

Nom	_____	Nom de célibataire	_____
Prénom	_____	Date de naissance	____ / ____ / ____
Adresse	_____		
Code postal	_____	Localité	_____
Téléphone	_____	Natel	_____
<b>Caisse-maladie</b> (assurance de base)	_____	<b>No d'assurée</b>	_____
Nationalité	_____	N° AVS	_____

**Médecin de référence en charge de votre suivi gynécologique à qui vous souhaitez que le résultat de votre examen soit envoyé :**

Nom	_____	Prénom	_____
Téléphone	_____	Localité	_____

**IMPORTANT** – explications concernant l'utilisation de vos données et votre consentement éclairé :

**Par ma signature, je consens à ce que :**

- les mammographies, réalisées dans les instituts de radiologie agréés, soient adressées au Centre de dépistage, par voie électronique et/ou sur support matériel ;
- les images et résultats des examens effectués dans le cadre du programme de dépistage soient traités et archivés par le Centre de dépistage, conformément aux prescriptions légales en vigueur en matière de protection des données ;
- les résultats de la mammographie, et s'il y a lieu, les résultats des investigations complémentaires soient utilisés par les médecins responsables du programme de dépistage et du Registre des tumeurs, de manière **confidentielle** et conformément au secret médical. J'autorise pour ce faire l'échange d'informations entre mon médecin de référence et les médecins responsables du programme de dépistage et du Registre des tumeurs ;
- mes données, rendues anonymes, soient utilisées à des buts statistiques et dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité du programme de dépistage ;
- le présent questionnaire de santé dûment complété et signé soit archivé sous forme numérique. La version papier sera donc scannée puis détruite ;
- en cas de déménagement, mon dossier complet soit transmis au programme de dépistage de mon nouveau canton de domicile.

Nous attirons votre attention sur le fait que votre consentement peut être retiré à tout moment.

Je déclare avoir été informée de la manière dont est organisé le dépistage du cancer du sein, en particulier de ses bénéfices et de ses limites, soit dans le cadre d'un entretien avec mon médecin, soit en ayant consulté la documentation écrite.

Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_



Pour chaque question ci-dessous, merci de compléter la case correspondant à votre réponse

1. Avez-vous déjà effectué une mammographie auparavant ?  oui  
 non

Si oui, à quelle date ? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Institut : \_\_\_\_\_

Pour quelle raison l'avez-vous effectuée ?

- dépistage  
 j'avais un problème au sein  
 je ne sais pas

2. Avez-vous un traitement hormonal pour la ménopause ?

oui, j'en ai un actuellement, date de début du traitement : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

non, je n'en ai jamais eu

non, je n'en ai plus, date de fin du traitement : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, durée \_\_\_\_année(s)

3. Avez-vous dans votre famille une parente qui a été soignée pour un cancer du sein ?

- oui  
 non  
 je ne sais pas

Si oui, qui et à quel âge au moment du diagnostic	vous mère	vous sœur	vous fille	autre (précisez)
plus de 50 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
moins de 50 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
je ne sais pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Actuellement, avez-vous des problèmes aux seins ?

- oui  
 non

Si oui, s'agit-il	du sein droit	du sein gauche
de douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d'un écoulement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d'une boule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d'autre chose (précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Dans le passé, avez-vous déjà eu un problème ou été opérée aux seins ?

- oui  
 non

Si oui, s'agissait-il	du sein droit	du sein gauche	précisez	année
d'une affection bénigne (kyste, fibrome, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d'un cancer du sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d'une opération esthétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d'un autre problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		