IMAGERIE MÉDICALE
CENTRE DU GALILÉE

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 / OVAIRES (à préciser) 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