



## QUESTIONNAIRE DE SANTE

À remettre à la personne qui vous fera  
la mammographie de dépistage.

N° de référence

Nom	_____	Nom de jeune fille	_____
Prénom	_____	Date de naissance	____ / ____ / ____
Adresse	_____		
Code postal	_____	Localité	_____
Tél. privé	_____	Tél. prof. / natel	_____
Caisse-maladie	_____	No d'assurée ou AVS	_____

### Coordonnées du médecin (de préférence le gynécologue, sinon le médecin généraliste) auquel vous souhaitez que le résultat de votre examen soit envoyé :

Nom	_____	Prénom	_____
Code postal	_____	Localité	_____

### Pourquoi un questionnaire de santé ?

Les renseignements figurant sur ce questionnaire sont indispensables à la lecture de votre mammographie et seront donc consultés par les radiologues qui en assurent l'interprétation.

### Si je l'ai déjà rempli par le passé, dois-je le remplir à nouveau ?

**OUI**, car certaines informations ont pu changer depuis votre dernière mammographie.

### IMPORTANT – Explications concernant l'utilisation de vos données et votre consentement éclairé

Par ma signature, je consens à ce que :

- les images du sein actuelles et antérieures soient transmises physiquement ou numériquement au Centre de dépistage et aux médecins radiologues accrédités.
- les images et résultats des examens effectués dans le cadre du programme de dépistage soient traités conformément aux prescriptions légales en vigueur en matière de protection des données.
- les résultats des examens complémentaires puissent être utilisés par les médecins du Centre de dépistage, de manière confidentielle et conformément au secret médical. J'autorise pour cela l'échange d'information entre mes médecins traitants et les médecins du Centre de dépistage.
- mes données, rendues anonymes, soient utilisées exclusivement dans le cadre de l'amélioration de la qualité du programme de dépistage et à des fins de statistiques.
- le Registre valaisan des tumeurs transmette au Centre de dépistage les informations me concernant pour l'évaluation des cancers d'intervalle.
- en cas de déménagement, mon dossier complet soit transmis au programme de dépistage de mon nouveau canton de domicile.

Je déclare avoir été informée sur l'organisation du dépistage, de ses bénéfices et inconvénients, par un entretien avec mon médecin ou par la documentation remise.

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

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

**1 Avez-vous déjà effectué une mammographie à ce jour ?**

- oui  
 non

Si oui, à quelle date (jour/mois/année) ?

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Pour quelle raison l'avez-vous effectuée ?

- dépistage  
 problème au sein

**2 Suivez-vous actuellement un traitement hormonal pour la ménopause ?**

- oui depuis, \_\_\_ an (s)  
 non, jamais eu  
 non, plus depuis \_\_\_ an (s)  
 durée du traitement: \_\_\_ an (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, âge au moment du diagnostic:	vosre mère	vosre sœur	vosre fille	autre (précisez)
plus de 50 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
moins de 50 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
je ne sais pas	<input type="checkbox"/>	<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 Avez-vous déjà été opérée des 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'une opération esthétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d'un cancer du sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d'autre chose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		