

3. Votre mère, sœur ou fille ont-elles été atteintes d'un cancer du sein ? Si oui, à quel âge a-t-il été diagnostiqué ?	<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> oui	
	Votre mère	Votre sœur	Votre fille	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
50 ans ou plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Moins de 50 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ne sais pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Ressentez-vous actuellement des troubles au niveau des seins ? Si oui :	<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> oui	
	Sein droit	Sein gauche		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Perte de liquide au niveau du mamelon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ganglion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre transformation (précisez s.v.p.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5. Avez-vous déjà subi une opération du sein ? Si oui :	<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> oui	
	Sein droit	Sein gauche	Brève description	Année
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pour une transformation bénigne (kyste, fibrome, etc ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cancer du sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pour une augmentation et/ou une réduction mammaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ne sais pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autre (précisez s.v.p.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

IMPORTANT – Déclaration de consentement

Par ma signature j'approuve que

- mes images de mammographie précédemment créées et stockées peuvent être transmises au radiologue agréé de l'Institut de radiologie.
- mes données peuvent être utilisées et archivées sous forme anonyme à des fins statistiques et dans le cadre du contrôle de la qualité et de l'efficacité du programme de dépistage du cancer du sein.
- les données nécessaires au contrôle de la qualité et de l'efficacité du programme de dépistage précoce du cancer du sein relatives à un éventuel cancer du sein soient collectées dans le cadre du registre des tumeurs. Je délègue, par la présente, les médecins du registre des tumeurs et leur personnel auxiliaire du secret professionnel vis-à-vis des médecins du programme de dépistage précoce du cancer du sein.
- les médecins du programme de dépistage du cancer du sein et leurs collaborateurs du registre du cancer sont autorisés à demander les résultats d'une éventuelle maladie du sein à mon médecin traitant. Dans ce cadre, je le délègue du secret médical. Ces données sont traitées de manière confidentielle.
- je me suis informée sur le programme de dépistage du cancer du sein.

Cette déclaration de consentement peut être révoquée à tout moment.

Localité/Date :

Signature :

Avez-vous besoin d'une aide pour remplir le questionnaire de santé ? Si oui, appelez-nous directement au centre du programme à la ligue contre le cancer des deux Bâle au numéro suivant : téléphone 061 319 91 70.

Les données sont contrôlées/saisies par le personnel en charge du dépistage (nom, prénom)