

Questionnaire de santé

Données personnelles (*obligatoire)

Nom

Prénom

Adresse

CP / Lieu

Date de naissance

Numéro de référence

Tel. (pendant la journée)*

Numéro de portable

E-mail

Caisse maladie*

Numéro AVS

Le résultat de l'examen vous sera communiqué par poste, ainsi qu'à votre **gynécologue**, dans un délai

Coordonnées de votre gynécologue

Nom, Prénom

CP / Lieu

**Veuillez envoyer les résultats aussi à
mon médecin de famille**

Nom, Prénom

CP / Lieu

IMPORTANT – Déclaration de consentement

Par la présente déclaration de consentement éclairé pour la participation au programme:

- je confirme avoir été informé(e) concernant l'objectif et le fonctionnement de la prévention et du dépistage, ainsi que sur leurs avantages et leurs limites.
- je confirme avoir compris que cet examen est facturé à un montant fixe et sans franchise et que seule une quote-part de 20 CHF au maximum est facturée. Je ne recevrai donc pas de copie automatique de la facture. Si je souhaite néanmoins en recevoir une, je m'adresse au centre de programme.
- j'autorise la transmission des images de mammographie que j'ai réalisées et qui ont été archivées jusqu'à présent au médecin responsable de l'institut de radiologie ainsi qu'aux radiologues accrédités.
- j'autorise l'échange de mes données médicales et personnelles (ci-après les «données») entre les spécialistes participant au dépistage, et ce tant par courrier que par e-mail crypté, ainsi que la saisie et la conservation de mes données par la Ligue contre le cancer des deux Bâle (ci-après la «Ligue contre le cancer») dans la mesure impérativement nécessaire à la mise en œuvre du programme de dépistage et à la garantie de sa qualité; par ailleurs, je prends acte que ces données seront traitées de manière confidentielle.
- j'autorise l'échange d'informations entre le/la médecin que j'ai désigné(e) et la Ligue contre le cancer dans la mesure où cela est absolument nécessaire à la réalisation du programme de dépistage et à la garantie de sa qualité.
- je prends acte du fait que ma participation au programme de dépistage entraînera la communication de mon diagnostic personnel du cancer du sein au Registre des tumeurs des deux Bâle.
- en cas de résultat normal, j'autorise la Ligue contre le cancer à communiquer une quantité minimale de données (nom, prénom, date de naissance et adresse) au Registre cantonal des tumeurs à des fins d'assurance qualité, et à obtenir mes données diagnostiques personnelles générées entre deux examens.
- je prends acte du fait que mes données anonymisées pourront être utilisées à des fins statistiques et d'amélioration de la qualité du programme.
- en cas de déménagement, j'autorise la transmission de mon dossier au programme officiel de dépistage de mon nouveau canton de résidence.
- afin de garantir la qualité du programme de dépistage, j'autorise la transmission à la Ligue contre le cancer des résultats des examens de suivi qui sont pertinents pour le dépistage.
- je confirme avoir été informé(e) en détail concernant l'utilisation, la transmission et l'enregistrement de mes données, et prends acte que j'ai à tout moment le droit de consulter mes données, de les rectifier et de m'opposer à leur traitement.

Lieu, Date

Signature

de 8 jours.

—tournez s.v.p.—

Pourquoi nous vous posons des questions concernant votre santé? Vos informations sur ce questionnaire sont importantes pour les deux radiologues qui évaluent indépendamment vos images de mammographie.

J'ai déjà rempli ce questionnaire. Est-ce que je dois le remplir à nouveau? OUI, des modifications peuvent avoir eu lieu depuis votre dernière mammographie.

1. Avez-vous déjà fait une mammo-graphie dans le passé?	oui		non	
Si oui, quand?	Date:			
Si oui, pour quelle raison?	Nom de l'institut:			
	☐ dépistage ☐ troubles au niveau des seins ☐ autre raison ☐ je ne sais pas			
2. Suivez-vous un traitement hormonal?	non			
Avez-vous suivi un traitement hormonal dans le passé?	oui, depuis _____ années			
	non jamais			
	oui, le dernier il y a _____ ans, durée du traitement _____ ans			
3. Votre mère, sœur ou fille ont-elles été atteintes d'un cancer du sein?	non		oui	
Si oui, à quel âge a-t-il été diagnostiqué?	Votre mère	Votre sœur	Votre fille	
50 ans ou plus				
moins de 50 ans				
je ne sais pas				
4. Ressentez-vous actuellement des troubles au niveau des seins?	non		oui	
Si oui:	Sein droit		Sein gauche	
Douleur				
Perte de liquide au niveau du mamelon				
Ganglion				
Autre (précisez s.v.p.)				
5. Avez-vous déjà subi une opération du sein?	non		oui	
Si oui:	Sein droit	Sein gauche	Brève description	Année
Pour une anomalie bénigne (kyste, fibrome, etc.)				
Cancer du sein				
Pour une augmentation et/ou une réduction mammaires				
Je ne sais pas				
Autre (précisez s.v.p.)				

Données contrôlées par l'institut de radiologie (signature):