

## Veillez remplir le recto et le verso et l'apporter avec vous à la mammographie

Nom	_____	Nom de jeune fille	_____
Prénom	_____	Date de naissance	_____
Adresse	_____	Code postal/localité	_____
Tél. privé	_____	Tél. portable	_____
Tél. professionnel	_____	L'email	_____
Caisse maladie	_____	N° d'assurance	_____

Nous vous recommandons d'indiquer ici **un/une gynécologue**. Je souhaite que le médecin suivant soit informé des résultats d'examen.

Nom	_____	Adresse	_____
Prénom	_____	Code postal/localité	_____

## IMPORTANT – déclaration de consentement

### Par ma signature, je certifie

- avoir été informée sur le dépistage du cancer du sein et avoir lu la brochure correspondante.
- avoir pris connaissance du fait que mes données sont susceptibles d'être traitées et sauvegardées sous forme anonymisées à des fins statistiques ainsi que pour le contrôle de qualité et l'analyse d'impact du programme de dépistage du cancer du sein.
- avoir compris que les données recueillies dans le cadre du programme de dépistage soit consignées au registre cantonal des tumeurs en cas de cancer du sein.
- avoir compris que cet examen fait l'objet d'une facture hors franchise, que la facture d'un montant forfaitaire sera adressée uniquement à l'assurance sans copie à moi et que si je le souhaite, je peux en obtenir une copie sur demande de ma part auprès du centre du programme.

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

Veillez signer. Sans votre signature, nous ne pourrions procéder à l'examen médical.

### En participant, j'accepte que

- les images existantes résultant de mammographies effectuées en dehors du programme de dépistage puissent être transmises au personnel médical compétent au sein du programme et de l'institut de radiologie concerné.
- les images de mammographies ainsi que les résultats d'examen réalisés dans le cadre du programme soient, le cas échéant, transmis à mes médecins traitants.
- mes médecins traitants communiquent au centre du programme des rapports d'examen et des photos me concernant (p. ex. après une investigation ou en cas de maladie du sein).
- en cas de déménagement, mes images et mes résultats soient transmis au programme de dépistage de mon nouveau canton de domicile (s'il en existe un).
- lorsque mes résultats ne révèlent aucune anomalie, une série de données minimales (nom, prénom, date de naissance, code postal) soit transférée au registre des tumeurs – ceci à des fins d'observation des cancers d'intervalle (diagnostic de cancers du sein entre deux examens) et d'assurance qualité du programme de dépistage.

Vous bénéficiez d'un droit d'information et d'accès aux données vous concernant. Vous disposez du droit de résilier à tout moment la présente déclaration de consentement revêtue de votre signature.

De plus amples informations peuvent être trouvées dans notre politique de confidentialité sur notre site Web.

**Veillez répondre aux questions suivantes:**

**1. Avez-vous déjà passé une mammographie?**

- Non       Oui       Pas de réponse

**Si oui, à quand remonte votre dernière mammographie ?**

Date: \_\_\_\_\_

Institut (où l'avez-vous passée?): \_\_\_\_\_

**Pour quelle raison aviez-vous effectué cet examen?**

- Autres       Dépistage       Problème au niveau de la poitrine       Je ne sais pas

**2. Suivez-vous à l'heure actuelle un traitement hormonal?**

- Non       Oui, depuis \_\_\_\_\_       Pas de réponse

**Avez-vous par le passé suivi un traitement hormonal (p. ex. pilule, stérilet)?**

- Non, jamais  
 Oui, mais plus depuis \_\_\_\_\_ ans, après une durée de traitement de \_\_\_\_\_ ans  
 Pas de réponse

**3. Avez-vous ou une mère, une sœur ou une fille qui a été touchée par le cancer du sein ?**

- Non       Oui       Pas de réponse

<b>Si oui, quel âge avai(en)t la/les personne(s) concer- née(s) au moment du diagnostic ?</b>	vous- mère	vous- sœur	vous- fille	autres parentes
50 ans ou plus				
Moins de 50 ans				
Je ne sais pas				

**4. Avez-vous déjà subi par le passé une opération au niveau de la poitrine ?**

- Non       Oui       Pas de réponse

<b>Si oui, il s'agissait</b>	du sein droit	du sein gauche	Autre pré- cisions	Année
d'une transformation bénigne				
d'un cancer du sein				
d'une augmentation mammaire				
d'une réduction mammaire				
d'une autre opération				

Les femmes porteuses d'implants mammaires peuvent elles aussi se soumettre à un examen mammo-graphique. Néanmoins, celui-ci comporte parfois des risques supplémentaires et les clichés obtenus peuvent ne pas suffire à une évaluation complète. D'autres solutions de dépistage existent: demandez conseil à votre médecin pour connaître la technique d'imagerie médicale la plus appropriée dans votre cas.

**Avant l'examen, veuillez ne pas utiliser de produits cosmétiques tels que lotions corporelles ou déodorants.**

**Remplir par le personnel médical**

Date d'examen: \_\_\_\_\_

Lieux d'examen: \_\_\_\_\_