

GIE.VAR.OUEST SCANNER-IRM

TEL : 04.94.89.89.96 - FAX : 04.94.89.89.41

IRM SEINS

NOM :

AGE :

Nombre d'enfant(s) : _____

ENTOUREZ LA BONNE REPONSE

Êtes vous ménopausée ?

OUI

NON

Prenez vous un traitement hormonal?

OUI

NON

Moyen de contraception :

Aucun

Pilule

Stérilet

Antécédents de maladie du sein :

Personnel

OUI

NON

Familial

OUI

NON

Si oui le(s)quel(s):.....

Avez-vous été opérée des seins

OUI

NON

Si oui, en quelle année :

De quel côté :

GAUCHE

DROIT

Avez-vous eu un écoulement des seins?

OUI

NON

Avez-vous senti une « boule » dans les seins?

OUI

NON

Si oui, de quel côté :

GAUCHE

DROIT

Avez-vous déjà passé des mammographies

OUI

NON

Si oui, en quelle année :