



SCREENING MAMMOGRAFICO CANTON TICINO

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Prière de remplir et remettre au personnel qui fera votre mammographie. Merci.

Numéro de référence:

Données personnelles

Nom:		Nom de famille à la naissance:	
Prénom:		Date de naissance:	
Adresse:		Code postale, lieu:	
Tél. privé:		Nationalité:	
Tél. prof.:		Caisse maladie:	
Natel:		N° d'assuré:	
E-mail:		Remarques:	

Cordonnées de votre gynécologue de confiance *

Autre médecin de confiance *

Nom:		Nom:	
Prénom:		Prénom:	
Adresse:		Adresse:	
Code postale, Lieu:		Code postale, Lieu:	
Téléphone:		Téléphone:	

* Si vous n'indiquez pas le nom de votre/vos médecin/médecins de confiance et/ou dans le cas d'un résultat positif de votre mammographie de dépistage et/ou de prothèses et/ou de seins denses, une lettre avec le résultat de l'examen sera envoyée au Radiologue 1° Lecteur et/ou responsable du centre de radiologie où vous avez fait la mammographie.

1. Avez-vous déjà effectué une mammographie auparavant?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
Si oui, à quelle date?	Date: __/__/____	Nom de l'Institut: _____
Si oui, pour quelle raison?	<input type="checkbox"/> dépistage <input type="checkbox"/> j'avais un problème au sein <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> je ne sais pas	
2. Suivez-vous actuellement un traitement hormonal de la ménopause?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, depuis ____ année(s)
Si non, avez-vous déjà suivi un traitement hormonal de la ménopause?	<input type="checkbox"/> non, je n'en ai jamais eu. <input type="checkbox"/> oui, mais non plus depuis __ an(s), le traitement a duré à cette époque-là: __ an(s)	



SCREENING MAMMOGRAFICO CANTON TICINO

3. Est-ce-que votre mère, soeur ou fille ont eu un cancer du sein ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui		
Si oui, indiquer le degré de parenté et l'âge s'il vous plaît:	Votre mère	Votre sœur	Votre fille	Autre: _____
50 ans et plus	<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 un problème aux seins?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui		
Si oui, s'agit-il de:	Sein droit		Sein gauche	
douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
écoulement du mamelon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
boule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autre chose (précisez s'il vous plaît)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Dans le passé, avez-vous déjà eu un problème ou été opérée aux seins?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui		
Si oui, s'agissait-il de:	Sein droit	Sein gauche	Précisez, s'il vous plaît	An
une affection bénigne (kyste, fibrome, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
un cancer du sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
une opération esthétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autre chose (précisez s'il vous plaît)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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

En signant ce formulaire, je confirme que:

- J'ai reçu des renseignements sur le dépistage précoce du cancer du sein et j'ai lu et compris la brochure d'information reçue avec la lettre d'invitation.

En signant ce formulaire, je déclare par ailleurs que je consens à ce que:

- les données et les informations médicales me concernant, ainsi que les clichés réalisés lors de mes mammographies antérieures et ceux de ma mammographie actuelle soient archivés de manière centralisée, transmis et visionnés par le Centro Programma Screening Ticino;
- les données et les informations médicales me concernant, ainsi que les clichés réalisés lors de mes mammographies antérieures et ceux de ma mammographie actuelle soient transmis et visionnés par les radiologues accrédités aux fins diagnostic;
- le résultat de ma mammographie de dépistage et mes données médicales soient transmis du Centro Programma Screening Ticino au(x) médecin(s) de confiance désigné(s) dans ce questionnaire ou, si je n'ai pas indiqué un médecin, au radiologue 1^{er} lecteur et/ou responsable du centre de radiologie où j'ai effectué la mammographie;
- les résultats des examens supplémentaires et l'indication/l'exécution des traitements médicaux auxquels je pourrai être soumise à la suite de la mammographie de dépistage, soient transmis au Centro Programma Screening Ticino/Registre des tumeurs du Canton Tessin. Par la présente, je libère expressément le(s) médecin(s) de confiance désigné(s) dans ce questionnaire ou les radiologues accrédités ou le(s) médecin(s) qui effectueront les examens supplémentaires et les traitements médicaux, du secret médical vis-à-vis du Centro Programma Screening Ticino/Registre des tumeurs du canton Tessin. Cet échange de données sera soumis aux prescriptions légales pour la protection des données;
- les données me concernant soient utilisés par le Centro Programma Screening Ticino/Registre des tumeurs du canton Tessin, sous forme anonyme et conformément aux prescriptions légales concernant la protection des données, à des fins statistiques et pour des contrôles de la qualité et de l'efficacité du programme de dépistage par mammographie;
- en cas de changement de domicile en un autre canton en Suisse, mon dossier sera transféré au Programme de screening du canton de compétence.

Lieu, Date:

Signature: