



N° du Mammotest :

Date du Mammotest :

Lecture	
kisano	
L1	
L2	
A discuter	

**Programme de dépistage du cancer du sein**  
**Institut National d'Oncologie**  
**Fiche de liaison**

**Données administratives de la patiente :**

Nom et prénom.....  
 Date de naissance.....  
 Adresse : .....  
 GSM ..... Email : .....  
 Carte identité Nationale CIN : .....  
 Mutuelle : ..... N° inscription de la mutuelle : .....

**Médecin prescripteur :**

Nom et prénom.....  
 Adresse : .....  
 GSM ..... Email : .....

**Informations cliniques utiles :**

**Statut hormonal :**                      **oui**                      **non**

**Ménopause :**                                             **Date dernières règles : .....**

**Traitement hormonal**                      

**Pilule contraceptive**                      

**Antécédents personnels et familiaux :**    **non**                      **oui**                      **préciser**

Cancer sein                                            

Cancer ovaire                                            

Autre cancer                                            

**Ancienne Mammographie / Echographie :**

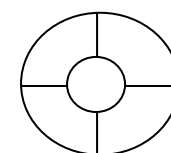
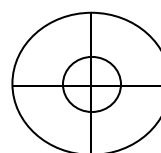
Date de l'examen	<b>Résultat</b>	<b>Classement Birads</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Anomalies cutanées des seins :**                      **SD**                      **SG**

Cicatrice opératoire                                             **SD**                      **SG**

Naevius, Verrue                      

Autres : .....                      



Signé : Dr. ....