



FICHE D'ENREGISTREMENT DES MAMMOTESTS

1^{re} LECTURE

Référence

.....
(réservé au CCR)

1.1 Données administratives (Vignette de mutuelle ou remplir en imprimé svp)

Numéro du Registre National :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

.....

Téléphone :

Nom et numéro de la mutuelle :

1.1a Médecin qui assurera le suivi / Prescripteur (Référént)

Spécialité : Généraliste
 Gynécologue
 Chirurgien
 Oncologue
 Radiologue
 Autre

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone :

INAMI :

Courriel :

eHealthBox : Oui Non

1.1b Autre Médecin

Spécialité : Généraliste
 Gynécologue
 Chirurgien
 Oncologue
 Radiologue
 Autre

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone :

INAMI :

Courriel :

eHealthBox : Oui Non

1.2. Mammotest

Identification de l'unité de mammographie :

Code postal de l'unité de mammographie :

Date du consentement : / /

1.3. Données administratives relatives aux clichés

Date des clichés : / /

Nom du technologue :

Remarque :

1.4. Données administratives relatives à la lecture

Date de lecture : / /

Nom du lecteur :

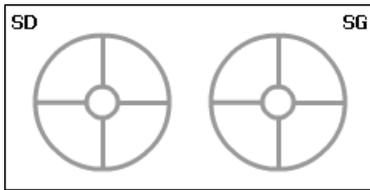
Numéro des clichés :

2. Informations complémentaires utiles

Anomalies cutanées :

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| SD | SG | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cicatrice d'une opération antérieure |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Naevus, Verrue |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autre : |

Localisation des anomalies cutanées :



Positionnement correct impossible ? Oui Non

Raison du positionnement correct impossible :

Remarque :

3.1. Lisibilité des clichés en rapport avec la densité des seins

- Adipeux
- Travées fibroglandulaires dispersées
- Dense hétérogène
- Très dense

3.3. Comparaison aux anciens clichés

- Oui Non Pas comparable
- Date des clichés : / /
- Clichés : Analogiques Numériques
- Remarque :

3.2. Description des anomalies nécessitant une mise au point complémentaire

Incidence Camio-caudale (face)	<p>SD externe</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>SD RM</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>SD interne</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		<p>SG externe</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>SG RM</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>SG interne</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
Incidence Axillaire (oblique)	<p>SD supérieur</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>SD RM</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>SD inférieur</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		<p>SG supérieur</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>SG RM</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>SG inférieur</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

- : Opacité
- : Microcalcification
- : Rupture d'architecture
- : Asymétrie de densité

- SD** : Sein droit
- SG** : Sein gauche
- RM** : Rétramamelonnaire

3.4. Conclusion

(cocher une seule conclusion par sein)

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| SD | SG | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mammothest négatif |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 Négatif |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 Anomalie bénigne |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mammothest positif |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3 Probablement bénin |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4 Suspect |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5 Très suspect de malignité |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autres conclusions |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6 Ininterprétable pour raison technique |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7 Sein avec prothèse |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8 Mastectomie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9 Sein dense nécessitant une échographie |

Les conclusions 3,4 et 5 sont considérées comme positives ! Attention au taux de rappel !

3.5. Recommandation de suivi

(cocher une seule suggestion)

- 1** Pas de mise au point complémentaire
- 2** Échographie pour sein dense ou prothèse
- 3** Mise au point complémentaire
- 4** À refaire pour raisons techniques

Date : / /

Cachet et signature :