

## QUESTIONNAIRE — BIOPSIE MAMMAIRE

Recherche des contre-indications avant votre examen

### À COMPLÉTER PAR LE PATIENT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_ kg Taille : \_\_\_ cm

Date de l'examen : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sein concerné :  Droit  Gauche

Type de biopsie / guidage :  Microbiopsie écho-guidée  Microbiopsie stéréotaxique  Autre : \_\_\_\_\_

Ce questionnaire permet à notre équipe de préparer votre biopsie en toute sécurité. Merci de le compléter avec soin et de nous le présenter le jour de votre venue.

### ① GROSSESSE ET ALLAITEMENT

À renseigner si vous êtes une femme âgée de 12 à 55 ans.

Êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Existe-t-il un risque que vous soyez enceinte (retard de règles, absence de contraception efficace) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Allaitez-vous actuellement ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

### ② TRAITEMENTS ANTICOAGULANTS ET ANTIAGRÉGANTS PLAQUETTAIRES

Point critique : ces traitements augmentent le risque de saignement. N'arrêtez jamais un traitement sans avis médical.

Prenez-vous un traitement anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
--	---

Si oui, précisez le(s) nom(s) et la posologie :

Date de la dernière prise : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Arrêt prescrit ?  OUI  NON Depuis le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

### ③ TROUBLES DE LA COAGULATION ET BILAN SANGUIN

Avez-vous un trouble de la coagulation connu (hémophilie, maladie de Willebrand, thrombopénie) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Présentez-vous facilement des ecchymoses (« bleus ») ou des saignements prolongés ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous réalisé un bilan de coagulation récent (TP, TCA, plaquettes) de moins d'1 mois ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Si oui, date du prélèvement : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

### ④ ALLERGIES

Avez-vous une allergie connue aux anesthésiques locaux (type Xylocaïne®, lidocaïne) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous une allergie aux antiseptiques (Bétadine®, chlorhexidine), au latex ou aux sparadraps ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous d'autres allergies médicamenteuses ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Si oui, précisez :

### ⑤ ANTÉCÉDENTS MAMMAIRES ET MÉDICAUX

Avez-vous des antécédents de chirurgie du sein (tumorectomie, mastectomie, plastie) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Portez-vous des prothèses mammaires ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous reçu une radiothérapie au niveau du thorax ou du sein ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Êtes-vous porteuse d'un port-à-cath, d'un PICC-line ou d'une chambre implantable ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Autres antécédents médicaux ou chirurgicaux importants, traitements en cours :

### ⚠ Information importante

Toute réponse positive ne contre-indique pas systématiquement votre examen, mais permet à notre équipe d'adapter la prise en charge. Pensez à apporter vos ordonnances, votre bilan sanguin récent et tout document utile le jour de l'examen. En cas de doute, contactez-nous avant votre venue au 04 22 17 02 22.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations fournies ci-dessus.

Date : ___ / ___ / _____	Signature du patient :
--------------------------	------------------------