

(étiquettes Gilda)

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :

Médecins correspondants (nom, adresse) :

Téléphone(s) :

Date :

Chirurgien examinateur :

Motif de consultation :

- Douleurs dorsales
 Gêne à l'habillement
 Gêne au sport
 Autre (préciser) :

Age :

Profession :

Sports : non / oui (lesquels)

Taille :

Poids actuel :

- Stable ? Oui
 Non (préciser)

Allergies connues :

Traitement actuel :

Oestroprogestatifs Oui (préciser le nom):
 Non

Autres médicaments :

Antécédents :

Nombre d'enfants (et âge) :

Nombre de grossesses :

- Désir de grossesses : Oui
 Non

Antécédents chirurgicaux :

Antécédents médicaux :

- cancers du sein familiaux Oui
 Non

Soutien-gorge : Taille :

Bonnet : A / B / C / D / E / F / G

Nature de la déformation constatée :

- Ptose pure : petite / moyenne / importante
 Hypertrophie : petite / moyenne / importante
 Hypertrophie et ptose
 Hypotrophie
 Hypotrophie et ptose
 Amastie
 Malformation (préciser) :

Symétrie de la déformation : OUI / NON

Synmastie : OUI / NON

Invagination des mamelons : OUI / NON

Visibilité de l'extrémité interne du troisième espace intercostal : OUI / NON

PEAU

Pigmentation ethnique : OUI / NON
 Phototype : 1 / 2 / 3 / 4 / 5
 Elastique : OUI / NON
 Fine / Epaisse
 Vergetures des seins : OUI / NON
 Cicatrices hypertrophiques : OUI / NON

GLANDE (consistance à la palpation)

Absente
 Glandulaire
 Graisseuse
 Mixte
 Mastosique
 Nodule palpable : NON / OUI (localisation)
 Adénopathies axillaires

<input type="checkbox"/>	Importante
<input type="checkbox"/>	Moyenne
<input type="checkbox"/>	Faible

adhérence de la peau et de la glande**Prolongement axillaire : important / moyen / absent****Base des seins : étroite / normale / large****MESURES en centimètres****Droit****Gauche**

creux sus-sternal / pôle supérieur de l'aréole		
creux sus-sternal / mamelon		
mamelon / sillon sous-mammaire		
pôle inférieur de l'aréole / sillon sous-mammaire		
diamètre de l'aréole		
sillon / point le plus déclive (mesure de la ptose)		
distance aréole / ligne médiane (peau tendue)		
périmètre thoracique au niveau sous-mammaire		
base des seins		

SENSIBILITE AREOLAIRE (interrogatoire)

normale (D / G)
 diminuée (D / G)
 absente (D / G)

MAMMOGRAPHIE : après 35 ans, et/ou si facteur de risque, et/ou si zone suspecte**CONCLUSION :****DECISION :**

ABSTENTION : définitive / temporaire
 DELAI DE REFLEXION
 REVOIR le :
 STAFF le :
 ADRESSE(E) A :
 INTERVENTION nature :

Entente préalable demandée
 Intervention : prise en charge / hors convention
 Consultation d'anesthésie prévue le :
 Examens demandés (NFS, Fer sérique) :

date :
 durée estimée de l'intervention :
 externe / hôpital de jour / hospitalisation traditionnelle
 date d'entrée à l'hôpital :
 durée prévue de l'hospitalisation :
 nom de l'opérateur :

 LETTRES dictées pour les médecins correspondants PROTHESE(S) COMMANDEE(S) : volume et type