

Données personnelles

Nom : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : _____
 Adresse : _____ [Etiquette patient]

 Téléphone : _____
 E-mail : _____
 N° d'assurance : _____

Données du médecin référent

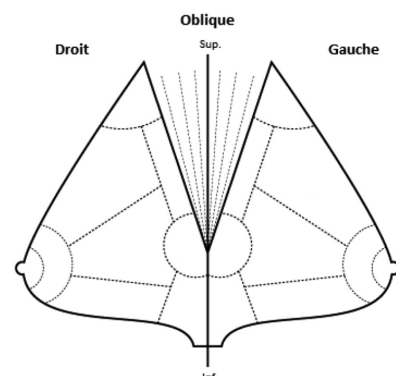
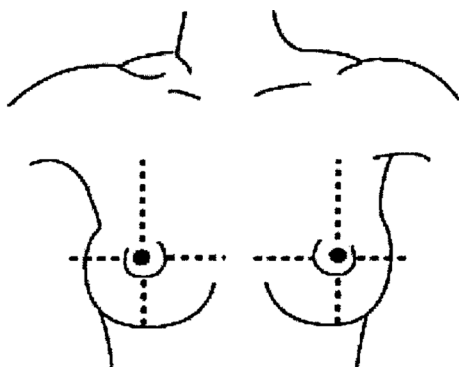
Nom : _____
 Prénom : _____
 Téléphone : _____
 Date et signature : _____
 Médecin traitant : _____
 Copie à : _____
 Date souhaitée : _____

- ☐ Mammographie : _____
- ☐ Echographie : _____
- ☐ IRM mammaire : _____
- ☐ Prélèvements : _____

☐	Créatininémie :
☐	Allergie(s) :
☐	Anticoagulants :
☐	Claustrophobie :
☐	PCMK :
☐	Implant :
☐	Tatouage(s) récent(s) :
☐	Chirurgie récente :

GP : _____
 Date dernières règles : _____
 Ménopause : _____
 Contraception / THS : _____

Indications : _____



Antécédents personnels : _____

Antécédents familiaux : _____

