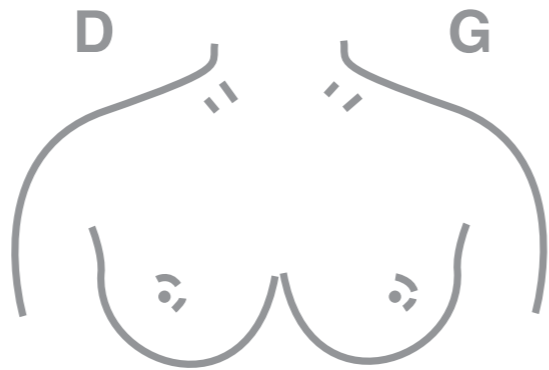


INTERPRETATION DU PREMIER LECTEUR

- Examen clinique Refus
- M - Mammectomie Droit Gauche
- C - Cicatrice Droit Gauche
- N - Naevus ou autre formation cutanée Droit Gauche
- U - Ulcération Droit Gauche
- R - Rétraction du mamelon Droit Gauche
- P - Rétraction cutanée ou méplat Droit Gauche
- I - Inflammation Droit Gauche
- L - Lésion eczématiforme du mam. Droit Gauche
- E - Ecoulement anormal Droit Gauche
- T - Tuméfaction Droit Gauche
- A - Adénopathie(s) Droit Gauche

CONCLUSION DE L'EXAMEN CLINIQUE

- | | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | D | G |
| Normal ou bénin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anormal nécessite un bilan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



- Type de mammographe Analogique Numérique DR Numérique CR Numérique à balayage
- Marque et type _____ CAD (Computer Aided Diagnosis)
- Type de lecture Analogique Numérique sur film Numérique sur écran
- Difficultés techniques Oui Non préciser : _____
- Comparaison clichés antérieurs : Oui Non
- Date des clichés _____ Droit _____ Gauche _____
- Image Apparue Plus suspecte Identique ou moins suspecte
- Incidences complémentaires (hors agrandissement) : Oui Non

Résultat première lecture

- Densité mammaire Type I Type II Type III Type IV
- | | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | D | G | | D | G |
| Normal ACR 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A = Opacité à contours spiculés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bénin ACR 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | B = Opacité à contours non spiculés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anormal ACR 0 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | C = Microcalcifications | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Classement provisoire avant bilan | | | D = Opacités avec microcalcifications | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ACR 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | E = Anomalie architecturale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ACR 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | F = Densité focale asymétrique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ACR 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | G = autre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Absence de sein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
-

Echographie avec mammographie ACR 1 ou 2

Oui Non

Cette échographie ne modifie pas la classification ACR mammographique et ne fait pas partie du bilan diagnostique. La mammographie doit passer en L2 quel que soit le résultat de l'échographie.

Echo suspecte Oui Non Description de l'anomalie : _____

CONDUITE À TENIR

- | | | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|---|
| | Droit | Gauche | |
| Surveillance | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dans _____ mois |
| Prélèvement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cytoponction <input type="checkbox"/> Microbiopsie <input type="checkbox"/> Macrobiopsie <input type="checkbox"/> |
| Chirurgie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Avis spécialisé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Autre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Préciser _____ |

Bilan de diagnostic immédiat en cas d' ACR 0,3,4,5 ou anomalie clinique

Refus de la patiente

Si refus de la patiente, ne pas remplir, le classement reste provisoire. Donner à la femme les mammographies et les comptes-rendus. Dans tous les cas, envoyer la fiche à la structure de gestion. Si le bilan est fait en différé, la fiche d'interprétation du bilan de diagnostic différé sera remplie.

Motif du bilan

- Anomalie radiologique Anomalie clinique Pour les 2

Examens réalisés

- Agrandissement Echographie Cytoponction

Classification définitive de l'image explorée

- | | Droit | Gauche | Si anomalie(s) | Droit | Gauche |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Normal ACR 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A = Opacité à contours spiculés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bénin ACR 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | B = Opacité à contours non spiculés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anormal | | | C = Microcalcifications | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ACR 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | D = Opacité avec microcalcifications | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Surveillance | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | E = Anomalie architecturale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| dans _____ mois | | | F = Densité focale asymétrique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | G = autre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ACR 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| ACR 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

Conduite à tenir :

- | | | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|---|
| | D | G | |
| Prélèvement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cytoponction <input type="checkbox"/> Microbiopsie <input type="checkbox"/> Macrobiopsie <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> IRM <input type="checkbox"/> |
| Avis spécialisé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Autre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Préciser : _____

