

EXAMEN DE DEPISTAGE

MAMMOGRAPHE ANALOG

NUMER PC

NUMER PLAQ

INTERPRETATION SUR FILM

CONSOLE

Difficulté(s) technique(s) (*pectus excavatum, prothèse, chirurgie, etc.*)

Oui Non

En clair

Densité mammaire :

(*cf. classification BI-RADS ACR des densités*)

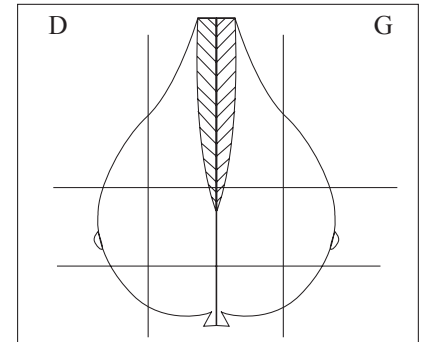
Type 1 Type 2 Type 3 Type 4

Comparaison avec clichés précédents : Oui Non

Cliché(s) complémentaire(s) : Oui Non

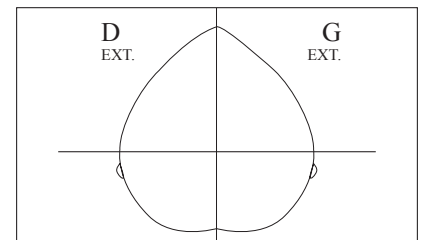
Situer sur le schéma et décrire la ou les anomalies afin de pouvoir les identifier et les situer avec précision

	D	G
Opacité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Microcalcifications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opacité + micro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalie architecturale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Densité focale asymétrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Si comparaison avec mammographie antérieure l'anomalie est :

	D	G
Apparue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plus suspecte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identique ou moins suspecte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Echographie avec mammo ACR 1/2

Oui Non

Anomalie sur cette écho Oui Non

Résultat de la lecture :

	D	G
Normal BI-RADS ACR 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bénin BI-RADS ACR 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anormal BI-RADS ACR [0, 3, 4, 5]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BILAN DIAGNOSTIQUE IMMÉDIAT (si dépistage positif)

Motif du bilan clinique radiologique

Bilan réalisé : Agrandissement Oui Non

Echographie Oui Non

Cyto ponction (immédiate) Oui Non

Autres :

Classification définitive de l'image

	D	G
ACR 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACR 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACR 3	<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 :

- bilan normal
- surveillance : mois
- prélèvement
- avis spécialisé
- IRM
- Autre

Signature du Radiologue :