

ANNEXE

MODÈLE DE PRESCRIPTION D'UNE PROTHÈSE MAMMAIRE EXTERNE

Date de la prescription : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Nom et prénom de la patiente :

Date de naissance : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Poids : |_|_|_| kg

Sein concerné par la prescription (cf. une prescription par prothèse mammaire) :

sein gauche

sein droit

Indication :

après une mastectomie totale ou partielle ;

asymétrie congénitale ou acquise ;

hypoplasie majeure ou aplasie.

Historique de prescription de prothèse mammaire externe :

1^{re} prescription de prothèse mammaire externe

renouvellement de prescription de prothèse mammaire externe (après prothèse transitoire)

renouvellement de prescription de prothèse mammaire externe (après prothèse en silicone)

En cas de mastectomie :

Date de la mastectomie : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Type de mastectomie :

mastectomie partielle

mastectomie totale

Symptômes présentés par la personne (cochez la case si la personne est concernée) :

la peau est fragilisée par une radiothérapie

la cicatrice est hyperesthésique

la qualité de la cicatrice est irrégulière

la patiente présente des adhérences cicatricielles

il y a présence ou risque d'œdème ou de lymphœdème

la patiente présente des douleurs cervicales ou dorsales

la patiente est sujette à des bouffées de chaleur ou à une hypersudation

Une prothèse mammaire externe est prescrite : Oui Non

[Cachet du médecin]