

FICHE D'INTERPRETATION DE LA MAMMOGRAPHIE DE DEPISTAGE

Date de l'examen : __/__/____

IDENTIFICATION

Nom de jeune fille : <i>(ou étiquette à coller)</i>	-----	Nom et Prénom du Radiologue L1	Centre de Radiologie
Nom marital :	-----	Cachet et Signature du radiologue	
Prénom :	-----		
Date de naissance:	__/__/__		
<i>À renseigner</i> Adresse : Code postal : Ville :	----- ----- -----	<i>Numéro NNI</i> <i>Nom et Code de l'Organisme Assurance Maladie</i> <i>(à saisir si absence de P.E.C) :</i>	
Mail :	-----@-----		
N° de Tél.	Fixe : ----- Portable : -----		

<i>A renseigner</i>	Médecin Généraliste à informer	Gynécologue / Sage-femme à informer
Nom - Prénom Adresse - code postal Commune N° de Tél.		

MARQUE, TYPE ET MODELE DE L'INSTALLATION DE MAMMOGRAPHIE

Utilisation d'un système de CAD : OUI NON

<input type="checkbox"/> Numérique CR	Marque et Modèle du lecteur	Marque et modèle des écrans ERLM
<input type="checkbox"/> Numérique DR	Marque et Modèle du mammographe	Option Tomosynthèse : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>(à cocher uniquement si utilisée lors de cet examen)</i>

Marque et modèle de la console d'interprétation :

ANTÉCÉDENTS (A remplir par le Radiologue)

Mammographie antérieure ? Oui Non Ne sait pas Si Oui, précisez la date :

Traitement hormonal substitutif de la ménopause en cours : Oui Non Ne sait pas

<u>Antécédents Personnels</u> <i>(plusieurs réponses possibles)</i>			<u>Antécédents familiaux connus de cancers du sein ou de l'ovaire ?</u>	
<input type="checkbox"/> Non	Droite	Gauche	Y a-t-il eu chez une femme de votre famille proche (côtés père ou mère, ou parmi leurs enfants) ?	
<input type="checkbox"/> Cancer du sein Si oui, précisez l'année : ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Branche : Père Mère	
<input type="checkbox"/> Chirurgie pour lésion à risque Si oui, précisez le type de lésion et l'année :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- une mutation BRCA 1/2 identifiée	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Chirurgie pour lésion bénigne Si oui, précisez le type de lésion :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- un cancer du sein avant 30 ans	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Chirurgie plastie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- un cancer du sein entre 30 et 39 ans	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Maladie de Hodgkin avec irradiation thoracique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			- un cancer du sein entre 40 et 49 ans	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			Si oui, combien : __	
			- un cancer du sein entre 50 et 69 ans	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			Si oui, combien : __	
			- un cancer de l'ovaire avant 70 ans	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			Y a-t-il eu chez un homme de votre famille proche (côtés père ou mère, ou parmi leurs enfants) ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			- un cancer du sein (quel que soit l'âge)	
			<i>Indiquez l'âge de survenue le plus précoce :</i>	

CONTEXTE EVOCATEUR D'UN HAUT RISQUE

Oui Non

INTERPRÉTATION DU PREMIER LECTEUR (Joindre le compte rendu et les derniers clichés antérieurs)

Examen clinique :

(saisir au moins un de ces items)

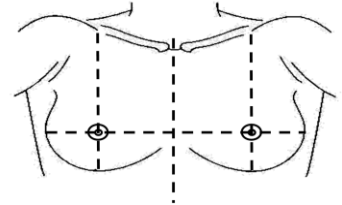
- Refus
- Normal
- Bénin
- Asymétrie mammaire
- Suspect** → Faire un bilan de diagnostic immédiat

Date de l'examen : ____/____/____

Situer, sur le schéma

- Cicatrice /
- Nævus •
- Anomalie x

Préciser :



Difficulté(s) technique(s) : (pectus excavatum, prothèse, chirurgie, etc., ne pas mentionner ici la densité mammaire)

- Oui Non

Si oui, précisez :

Type de première lecture :

Sur films

Sur console d'interprétation

Comparaison avec clichés antérieurs réalisable :

- Oui Non

Si oui, précisez la date du bilan comparé : ____/____/____

Densité glandulaire : Cf. classification BI-RADS ACR des densités

- a b c d

CAS n°1 : MAMMOGRAPHIE DE DEPISTAGE NORMALE/BENIGNE et EXAMEN CLINIQUE NON SUSPECT

Résultat de la lecture

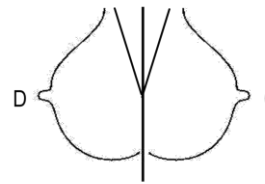
- | | Droite | Gauche |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| Normal BI-RADS ACR1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bénin BI-RADS ACR2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Cliché(s) complémentaire(s)

Si oui, précisez le côté :

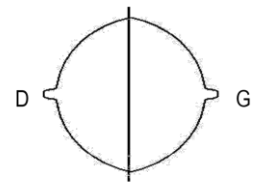
- Oui Non

Oblique



EXT.

Face



INT.

Echographie

- Oui Non

Résultat de l'échographie (Mammographie ACR 1 ou 2)

(L'ACR de votre échographie ne doit pas modifier le classement ACR de votre mammographie, mais peut modifier la prise en charge de la femme)

Si oui, précisez le motif :

- densité mammaire implant antécédent de chirurgie autre

Si « autre », précisez :

ACR Echographie

Droite

Gauche

- | | | |
|-------|--------------------------|--------------------------|
| 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 :

- Dépistage
- Prélèvement (cytoponction, biopsie)
- Suivi rapproché (< 2 ans)
- IRM
- Avis spécialisé

Si « Suivi rapproché », veuillez préciser :

- la fréquence de contrôle : mois
- l'examen demandé :

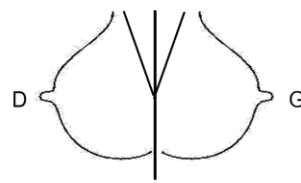
CAS n°2 : MAMMOGRAPHIE DE DEPISTAGE ANORMALE ou EXAMEN CLINIQUE SUSPECT

Résultat de la lecture

- | | Droite | Gauche |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Anormal BI-RADS ACR [0, 3, 4 ou 5] * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

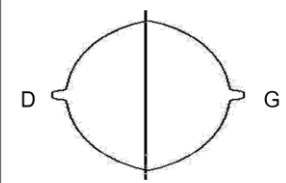
*Classement provisoire avant bilan

Oblique



EXT.

Face



INT.

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

- | | Droite | Gauche |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masse (circonscrite ou non) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Calcifications | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Masse + Calcifications | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Distorsion architecturale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Asymétrie focale de densité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(Plusieurs items peuvent être cochés)

BILAN DE DIAGNOSTIC IMMEDIAT

Refus :

Date du bilan : ____ / ____ / ____

Motif du Bilan de diagnostic immédiat

Clinique

Mammographique

Les deux

Bilan de diagnostic immédiat :

Agrandissements

Autres clichés

Echographie

Tomosynthèse

Autre technique

Si « Autre technique », précisez :

Conclusion en cas d'anomalie détectée par IMAGERIE :

- Lésion visible en mammographie et/ou avec une autre technique : l'ACR FINAL correspond à l'ACR le plus élevé
- Lésions multiples dans un même sein ne retenir que la lésion la plus péjorative pour l'ACR FINAL, soit l'ACR le plus élevé

ACR FINAL au terme du Bilan

Sein Droit Sein Gauche

ACR 1

ACR 2

ACR 3

ACR 4

ACR 5

2^{ème} lecture (sauf si examen clinique suspect*)

Pas de 2^{ème} lecture

Si ACR FINAL égal à 3, 4 ou 5, précisez alors si la lésion est détectée par :

Sein Droit Sein Gauche

Mammo seule

Echographie seule

Mammo et Echographie

Autre technique seule

Conduite à tenir →

Dépistage

Suivi rapproché

Prélèvement (cytoponction, biopsie)

Avis spécialisé

IRM

Si « Suivi rapproché », veuillez préciser la fréquence de contrôle : mois

Précisez l'examen demandé :

(A la fin du Bilan de diagnostic immédiat, si ACR FINAL = 3,4, ou 5 alors informer le(s) médecin(s) correspondant(s)).

* En cas d'examen clinique suspect avec un bilan d'imagerie normal ou bénin (ACR1 ou ACR2)*

Conduite à tenir →

Avis spécialisé

IRM

Prélèvement (cytoponction, biopsie)

*A la fin du Bilan de diagnostic immédiat, si examen clinique suspect avec un bilan d'imagerie normal ou bénin alors informer le(s) médecin(s) correspondant(s).

INTERPRETATION DU DEUXIEME LECTEUR en cas d'ACR 1 ou 2 et d'examen clinique normal par le PREMIER LECTEUR

Date de la 2^{ème} lecture : ____ / ____ / ____

Identification du Lecteur 2 :

Numéro Lecteur

Type de seconde lecture :

Sur films Sur console d'interprétation ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Cette modalité n'est autorisée que sur dérogation de la DGS dans le cadre de projets d'expérimentation et d'évaluation de la dématérialisation des flux d'information associés à la mammographie numérique réalisée sous convention avec l'INCa.

Clichés Techniquement Insuffisants :

Oui Non

Si Oui, veuillez préciser :

	Droite	Gauche
Positionnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de l'image	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mauvaise qualité de l'impression de la mammographie numérique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réimpression du cliché (si l'image a été archivée, sinon le refaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En clair :

(Donner des renseignements suffisamment précis pour que le radiologue puisse corriger les insuffisances techniques)

Comparaison avec clichés antérieurs réalisable :

Oui Non

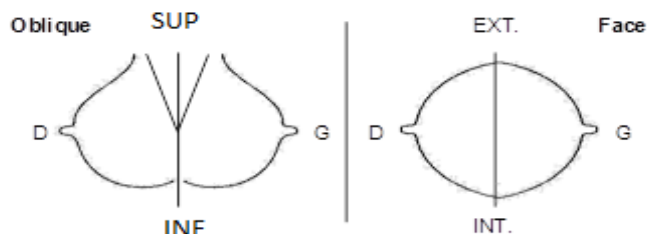
Précisez la date : __ / __ / ____

Image		Droite	Gauche
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"/>

Résultat deuxième lecture

Si le bilan de diagnostic n'a pas été fait en 1ère lecture, il est impossible de classer BI-RADS ACR 3 ou 4 sans bilan. Dans ce cas, classer BI-RADS ACR 0 et demander les examens complémentaires nécessaires. Le classement définitif et la conduite à tenir ne seront précisés que dans le cas où le bilan pratiqué par le 1er lecteur est suffisant, ou dans le cas d'images BI-RADS ACR5.

	Droite	Gauche
Normal BI-RADS ACR1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bénin BI-RADS ACR2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anormal		
BI-RADS ACR0*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BI-RADS ACR3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BI-RADS ACR4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BI-RADS ACR5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



*Bilan à réaliser ou à compléter

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

	Droite	Gauche
Masse (circonscrite ou non)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calcifications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masse + Calcifications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distorsion architecturale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asymétrie focale de densité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Plusieurs items peuvent être cochés)

Examen(s) recommandé(s) pour le bilan de diagnostic

Clichés complémentaires Agrandissement Echographie

Préciser :

Conduite à tenir : Dépistage Suivi rapproché Prélèvement (cytoponction, biopsie) Avis spécialisé IRM

Si « Suivi rapproché », veuillez préciser la fréquence de contrôle : mois

Précisez l'examen demandé :

CONCORDANCE L1-L2 : OUI NON