FICHE DE SUIVI RESEAUX GYNECOMED

A retourner par fax au 01 45 84 68 30
Ou par courrier à : Réseau GynecoMed 103 rue Legendre 75017 Paris
Ou par mail : sonia.navet.gynecomed@gmail.com

PATIENTE	☐ Institut Curie ☐ IGR ☐ C. René Huguenin ☐ Institut du Sein ☐ Diaconesses ☐ Bichat-Beaujon ☐ HEGP ☐ Lariboisière ☐ CH de Lagny ☐ Pitié Saléptrière ☐ Tenon	**MEDECIN DE VILLE « Gynécomed » (vous)**	**MEDECIN HOSPITALIER**
Nom : Prénom : N° de dossier : Date de naissance :			

Date de la consultation : ___/___/___ Motif : Suivi K sein ☐ Autre (préciser) ☐

Date de fin de traitement (**Chirurgie et/ou Rxthérapie**) : ___/____/_____

Suivi cancérologique

Sein traité : Droit ☐ Gauche ☐ Résultat esthétique Excellent ☐ Bon ☐ Moyen ☐ Mauvais ☐

Complications liées au traitement : oui ☐ non ☐ si oui date d'apparition : ___/___/___
Type de complication :

Observation clinique :

Mammographie +/- échographie : date : …….. ACR droit : ACR gauche :

Autres examens complémentaires (préciser) :

Traitement hormonal adjuvant

Oui ☐ Non ☐
Si oui lequel : ---------- Date d'instauration : ____/____/____

Toujours suivi ce jour : oui ☐ non ☐ Effets indésirables : Oui ☐ Lequels :
Non ☐

Suivi gynécologique

Examen gynécologique : oui ☐ Non ☐
Evènements gynécologiques (grossesse, pathologie…) :

Type de contraception :

Autres évènements

Autre K : date ___/___/____
Diagnostic :

Maladie intercurrente date ___/___/___ Diagnostic :

Conclusion

Prochaine consultation : ____/____/

Patiente réadressée au centre : oui ☐ Non ☐

Si oui pourquoi :