

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^{ère} 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]