

**CONSULTATION DE SURVEILLANCE** (*centre initiateur, gynécologue ou médecin traitant*)

**Tampon du médecin**

**Patiente** (ou étiquette)

Nom .....

Prénom .....

Date de naissance /\_\_ /\_\_ /\_\_ /

Date de la consultation /\_\_ /\_\_ /\_\_ /

Signes généraux ou fonctionnels d'appel .....

Examens complémentaires réalisés depuis la dernière visite .....

**Examen clinique**

Capacité de vie OMS /\_\_ / 0 : activité extérieure normale sans restriction ; 1 : réduction des efforts physiques intenses ;  
2 : doit parfois s'aliter mais < 50 % de la journée ; 3 : doit être alitée > 50 % de la journée ;  
4 : incapacité totale, alitement fréquent ou constant

Poids /\_\_ / kg

Examen	Non fait	Fait	Normal	Anormal
Palpation mammaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aires ganglionnaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Examen abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Examen pleuro-pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Palpation et mobilisation rachis et bassin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Examen général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Hormonothérapie  non  en cours Type .....

**Examen gynécologique**

Non fait  
 Fait  normal  anormal .....

**Bilan sénologique**

**Sein droit**  traité  non traité **Sein gauche**  traité  non traité

Mammographie Date /\_\_ /\_\_ /\_\_ /  Echographie Date /\_\_ /\_\_ /\_\_ /

ACR sein D  0  1  2  3  4  5 ACR sein G  0  1  2  3  4  5

**Conclusion**

Bilan normal  Signe de reprise évolutive  locale  loco-régionale  métastatique  
 Examen(s) complémentaire(s) demandé(s) .....

Date du prochain RV /\_\_ /\_\_ /\_\_ / Nom du médecin .....

**Commentaires**