

Modèle de prescription d'une prothèse mammaire externeDate 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]