

## 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<sup>ère</sup> 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]