

Q1 Registre Mammaire

Révision B

Date de révision: ___/___/_____ Date d'implantation ancienne prothèse : ___/___/_____

Droite Non

Indication: Esthétique Reconstructive

Raison de la Révision

Problème de cicatrisation:
 Infection: Suspicion Dg. confirmé
 Sérome: Suspicion Dg. confirmé
 Hématome:

Capsule déformante: → Baker I
 Déplacement: Baker II
 Asymétrie: Baker III
 Perforation (menaçante): Baker IV
 Rupture d'implant:
 Âge de l'implant:
 Caractéristique de la prothèse:

Tumeur récidivante: Suspicion Dg. confirmé
 Formation de (bénin): Suspicion Dg. confirmé
 tumeur: (malin): Suspicion Dg. confirmé
 Siliconome: Suspicion Dg. confirmé

Changement d'expasseur * (Implant):
 Volume de la prothèse:
 Douleurs:
 Peur ou autres raisons de santé:

Révision

Implantat révisé Capsule
 Oui Pas touchée
 Non Capsulotomie
 Changement* Capsulectomie

Greffe de graisse Oui* Non

Gauche Non

Indication: Esthétique Reconstructive

Raison de la Révision

Problème de cicatrisation:
 Infection: Suspicion Dg. confirmé
 Sérome: Suspicion Dg. confirmé
 Hématome:

Capsule déformante: → Baker I
 Déplacement: Baker II
 Asymétrie: Baker III
 Perforation (menaçante): Baker IV
 Rupture d'implant:
 Âge de l'implant:
 Caractéristique de la prothèse:

Tumeur récidivante: Suspicion Dg. confirmé
 Formation de (bénin): Suspicion Dg. confirmé
 tumeur: (malin): Suspicion Dg. confirmé
 Siliconome: Suspicion Dg. confirmé

Changement d'expasseur * (Implant):
 Volume de la prothèse:
 Douleurs:
 Peur ou autres raisons de santé:

Révision

Implantat révisé Capsule
 Oui Pas touchée
 Non Capsulotomie
 Changement* Capsulectomie

Greffe de graisse Oui* Non

* Veuillez s.v.p. remplir au verso

* Veuillez s.v.p. remplir au verso

Q1 Registre Mammaire

Révison B

Droite Non

Gauche Non

(Si Lipofilling = Oui) Volume: (cc)

(Si Lipofilling = Oui) Volume: (cc)

Si Esthétique

Mastopexie	Voie d'abord	Position	Anesthésie
<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> axillaire	<input type="radio"/> sous-glandulaire	<input type="checkbox"/> locale
<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> périaréolaire	<input type="radio"/> sous-musculaire	<input type="checkbox"/> générale
	<input type="radio"/> infra-mammaire		
	<input type="radio"/> autre	→ <input type="text"/>	

Si Esthétique

Mastopexie	Voie d'abord	Position	Anesthésie
<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> axillaire	<input type="radio"/> sous-glandulaire	<input type="checkbox"/> locale
<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> périaréolaire	<input type="radio"/> sous-musculaire	<input type="checkbox"/>
	<input type="radio"/> infra-mammaire		
	<input type="radio"/> autre	→ <input type="text"/>	

Si Reconstructive

Irradiation	Méthode	Lambeau	Anesthésie
<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Tumorectomie	<input type="radio"/> Oui	<input type="checkbox"/> locale
<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Mastectomie	<input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> générale

Si Reconstructive

Irradiation	Méthode	Lambeau	Anesthésie
<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Tumorectomie	<input type="radio"/> Oui	<input type="checkbox"/> locale
<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Mastectomie	<input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/>

Antiseptique

Implant: Oui Non Cavité d'implantation: Oui Non

Antiseptique

Implant: Oui Non Cavité d'implantation: Oui Non

Antibiotique	Drainage	BRAVA
<input type="checkbox"/> local	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Oui
<input type="checkbox"/> systémique	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Non

Antibiotique	Drainage	BRAVA
<input type="checkbox"/> local	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Oui
<input type="checkbox"/> systémique	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Non

Si Implant = Oui Allergan Mentor Nagor

Fabricant:

Volume:

Numéro de série:

Numéro d'article:

Extenseur:

Commentaires:

Si Implant = Oui Allergan Mentor Nagor

Fabricant:

Volume:

Numéro de série:

Numéro d'article:

Extenseur:

Commentaires: