

Q1 Registre Mammaire

Formulaire A

Nom: _____

Prénom: _____

Femme Homme Date de naissance: ____/____/____ Date d'opération: ____/____/____

Droite

Non

Implant: Oui Non
Lipofilling: Oui Non

(Si Lipofilling = Oui) Volume: (cc)

Indication Esthétique Reconstructive

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 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

Antiseptique

Implant: Oui Non
Cavité d'implantation: Oui Non

Antibiotique

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:

Gauche

Non

Implant: Oui Non
Lipofilling: Oui Non

(Si Lipofilling = Oui) Volume: (cc)

Indication Esthétique Reconstructive

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"/>

Antiseptique

Implant: Oui Non
Cavité d'implantation: Oui Non

Antibiotique

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: