

## 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]