

## 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]