

Mode d'emploi pour le remplissage des fiches d'interprétation de la mammographie

A compter du mois de septembre 2024 les nouvelles Fiches d'Interprétation (FI) de la mammographie du dépistage, conformes au cahier des charges national entrent en vigueur pour l'ensemble des Centres d'imagerie Médicale (CIM) d'Ile de France et doivent impérativement être utilisées pour les DOCS. Le modèle de cette FI est joint à ce protocole.

Nous vous recommandons de remplir les fiches de façon à ce qu'elles soient facilement lisibles par le secrétariat du CRCDC pour la saisie des informations dans le dossier informatique des patientes.

Page 1

Le secrétariat :

- Renseigne la date de la mammographie (date d'examen)
- Colle la grande étiquette, jointe à l'invitation CNAM (éventuellement aux anciennes invitation CRCDC) à l'emplacement prévu.
- A défaut, complète manuellement **l'ensemble des champs d'identification**
- Complète le champ adresse, si l'adresse n'est pas celle indiquée sur l'étiquette
- Identité : Inscire nom prénom et date de naissance de la patiente.
- Si numéro de téléphone **portable** merci de le noter (à défaut téléphone fixe)
 - pour pouvoir éventuellement contacter la femme en cas de dossier positif en L1 ou L2
 - pour permettre au CRCDC, si dossier négatif en L1 et L2 et après retour du dossier au CIM, de lui envoyer un sms lui indiquant : « votre mammographie est disponible dans votre centre de radiologie, nous vous invitons à venir la rechercher ». Il faut pour cela que le CIM le propose à la femme et **coche la case « accord sms »**
- Renseigne le nom du radiologue et le nom du CIM (si possible tampon avec les 2 informations)
- Renseigne les noms des médecins à qui les courriers de résultat et de suivi seront envoyés (si possible adresse complète ; à minima Nom, prénom, ville et pour Paris arrondissement). Il est impératif pour nous d'avoir les coordonnées d'au moins un médecin ou sage-femme. Si aucun médecin, le préciser sur la fiche.

Le et ou la manipulatrice :

- Complète la zone marque, type et modèle de l'installation mammographique

Le radiologue : complète la partie « antécédents »

(Suggestion : faire remplir par la femme en salle d'attente le questionnaire simplifié reprenant tous ses antécédents à valider par le radiologue qui reportera les items sur la FI.)

Le radiologue doit avec les éléments de cette fiche, indiquer si la femme présente un contexte évocateur de haut risque qui nécessite un suivi spécifique (voir annexe 2)

Si haut risque coché l'indiquer également dans le CR

Page 2 : à remplir par le radiologue

Difficulté technique : à bien préciser si cela ne permet pas un bon positionnement de la patiente afin d'éviter que ce dossier ne soit retourné en CTI par le radiologue second lecteur.

Examen clinique : Celui-ci est obligatoire dans le dépistage organisé. Si la femme le refuse, cocher refus.

Cocher anormal si l'anomalie clinique (qu'elle soit ou non associée à une anomalie radiologique) justifie la réalisation d'un bilan diagnostique immédiat (échographie). Penser à préciser le type d'anomalie et à la localiser sur le schéma en suivant les symboles proposés sur la FI. Si l'anomalie est bénigne il est également important de la notifier pour aider le radiologue second lecteur dans son interprétation (particulièrement les nævus).

Résultat première lecture mammographie :

Toujours cocher densité glandulaire (mammaire).

Toujours cocher l'ACR des deux côtés (ou absence de sein ou lecture non faite).

Dès lors que l'image (même bénigne) entraîne la réalisation d'une échographie, d'un agrandissement ou d'une cytoponction cocher la case ACRO,3,4,5, et préciser le type d'image et sa localisation.

Echographie (cas 1) :

Cette partie ne concerne que les mammographies classées ACR1 ou 2 avec examen clinique normal pour lesquels une échographie est réalisée. Vous ne devez pas la remplir si vous réalisez un bilan diagnostic immédiat.

Il convient de cocher le motif de cette échographie.

Vous devez renseigner l'**ACR échographique** pour chacun des côtés.

Dans tous les cas ; le dossier **doit impérativement passer en L2 (y compris si un suivi rapproché est demandé), et les clichés transmis au CRCDC.** Cependant dans les cas où vous décidez de ne pas faire relire ce dossier en L2 (ACR 4 et 5 avec biopsie immédiate, le noter en clair)

Conduite à tenir

Si ACR1 ou 2 après mammographie +/- échographie cocher « Dépistage »

Si échographie anormale préciser la conduite à tenir.

Si tout est normal mais que l'interrogatoire (page 1) a permis de conclure à un contexte à haut risque nécessitant une surveillance rapprochée, cocher la case « contrôle à 1 an pour contexte à haut risque ». Le CRCDC enverra un courrier de résultat spécifique à la femme et aux médecins indiqués sur la FI.

Sa surveillance ultérieure devra se faire en dehors du dépistage organisé si le haut risque est confirmé (voir annexe 2).

Page 3 : à remplir par le radiologue (cas 2)

Bilan diagnostique immédiat en cas d'ACRO, 3, 4,5 ou anomalie clinique :

A remplir uniquement si une anomalie clinique ou radiologique a justifié le bilan.

Cocher les examens réalisés.

Si refus de la femme de faire le bilan diagnostique immédiat, cocher la case refus

ACR final au terme du bilan

Toujours cocher l'ACR des deux côtés (ou absence de sein ou lecture non faite).

Indiquer le ou les examen (s) qui a (ont) permis de détecter l'anomalie

Vous devez donner une classification ACR définitive qui ne peut pas être ACRO (si demande d'IRM ou de tomosynthèse classer le dossier en ACR3).


Dans tous les cas la grille de lecture doit être concordante avec le compte rendu.

Enfin n'oubliez pas, pour des raisons médico-légales, de signer la fiche d'interprétation



Page 4 : réservée à la seconde lecture, ne doit pas être remplie.

En cas de besoin vous pouvez contacter le CRCDC au 0800 73 24 25

Annexe 1 : modèle de la fiche d'interprétation nationale de la mammographie de dépistage

		FICHE D'INTERPRÉTATION DE LA MAMMOGRAPHIE DE DÉPISTAGE	
Date d'examen <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>		Reçu par le CRCDC le : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Coller la grande étiquette de l'invitation ou compléter :		Radiologue premier lecteur (étiquette ou à compléter)	
Nom de naissance : Nom d'usage : Prénom : Date de naissance <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Caisse : INS (NNI) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Cachet ou nom du radiologue et adresse du CIM	
Adresse : CP - Commune <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Médecin Généraliste à informer Docteur : Adresse : Commune <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Tél. (portable de préférence) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Accord SMS <input type="checkbox"/> Accord Mail <input type="checkbox"/> Mail :	
MARQUE, TYPE ET MODÈLE DE L'INSTALLATION DE MAMMOGRAPHIE			
Utilisation d'un système de CAD OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		Type mammographe : Numérique CR <input type="checkbox"/> Numérique DR <input type="checkbox"/>	
Marque et modèle du lecteur (CR) / Mammographe (DR)		Marque et modèle des écrans ERLM (CR) / Console de lecture (DR)	
Option Tomosynthèse (UNIQUEMENT si utilisée lors de cet examen) OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
ANTÉCÉDENTS (A REMPLIR PAR LE RADIOLOGUE)			
Mammographie antérieure : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS <input type="checkbox"/>		si oui, précisez la date <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Traitement hormonal de la ménopause en cours OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS <input type="checkbox"/>			
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Indiquez l'âge de survenue le plus précoce : Branches (côtés père ou mère, ou parmi leurs enfants) : PÈRE MÈRE Y a-t-il eu chez une femme de votre famille proche (fille, sœur, mère, tante, grand-mère ou demi sœur)		Indiquez l'âge de survenue le plus précoce : Branches (côtés père ou mère, ou parmi leurs enfants) : PÈRE MÈRE Y a-t-il eu chez un homme de votre famille proche (fils, frère, père, oncle, grand-père, demi-frère)	
Cancer du sein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si oui, quelle date : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		une mutation BRCA 1/2 identifiée ou équivalent ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> un cancer du sein avant 30 ans ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> un cancer du sein entre 30 et 39 ans ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> un cancer du sein entre 40 et 49 ans ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si oui, combien <input type="text"/> <input type="text"/>	
Chirurgie pour lésion à risque <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si oui, quelle année : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> et type de lésion : Carcinome lobulaire in situ <input type="checkbox"/> Hyperplasie : canalaire atyp. <input type="checkbox"/> lobulaire atyp. <input type="checkbox"/>		un cancer du sein entre 50 et 69 ans ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si oui, combien <input type="text"/> <input type="text"/> un cancer de l'ovaire avant 70 ans ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Chirurgie pour lésion bénigne <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chirurgie plastie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Maladie de Hodgkin avec irradiation thoracique OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		Y a-t-il eu chez un homme de votre famille proche (fils, frère, père, oncle, grand-père, demi-frère) un cancer du sein (quel que soit l'âge) ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
CONTEXTE ÉVOQUEUR D'UN HAUT RISQUE (A REMPLIR PAR LE RADIOLOGUE) OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			



INTERPRÉTATION DU PREMIER LECTEUR (Joindre le compte rendu et les derniers clichés antérieurs)	
CAS 1 Mammographie de dépistage Normale/Bénigne & Examen clinique non suspect	CAS 2 Mammographie de dépistage Anormale OU Examen clinique suspect
DIFFICULTÉ(S) TECHNIQUE(S) (pectus excavatum, prothèse, chirurgie... ne pas mentionner la densité mammaire)	COMPARAISON AVEC CLICHÉS ANTÉRIEURS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oui <input type="checkbox"/> Préciser : Non <input type="checkbox"/>	Date <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
EXAMEN CLINIQUE (saisir au moins un de ces items)	
Asymétrie mammaire ou mammectomie <input type="checkbox"/> Refus <input type="checkbox"/>	Situer les symboles /, *, x sur le schéma
CAS 1 Normal <input type="checkbox"/> Sein D <input type="checkbox"/> Sein G <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cicatrice (/)
Bénin <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nævus (*)
CAS 2 Suspect* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anomalie (x)
*Faire un bilan de diagnostic immédiat	<input type="checkbox"/> Autre (o) Préciser l'anomalie :
MAMMOGRAPHIE DE DÉPISTAGE	
DENSITÉ GLANDULAIRE a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/>	
RÉSULTAT DE LA LECTURE	
CAS 1 CLICHÉS COMPLÉMENTAIRES Sein D <input type="checkbox"/> Sein G <input type="checkbox"/>	Normal BI-RADS ACR 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bénin BI-RADS ACR 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Absence de sein ou lecture non faite <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
CAS 2 Anormal BI-RADS ACR 0, 3, 4 ou 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(Classement provisoire avant bilan)
Situé sur le schéma : dessiner et localiser la ou les anomalies afin de pouvoir les identifier et les situer avec précision (Plusieurs items peuvent être cochés)	
OBLIQUE  Sein D Sein G	FACE externe  Sein D Sein G
Masse (circonscrite ou non) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Micro-calcifications <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Masse + micro-calcifications <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Distorsion architecturale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Asymétrie focale de densité <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
CAS 1 ÉCHOGRAPHIE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	MOTIF : Densité mammaire <input type="checkbox"/> Implant <input type="checkbox"/> Antécédent de chirurgie <input type="checkbox"/> Autre :
RÉSULTAT DE L'ÉCHOGRAPHIE (MAMMOGRAPHIE ACR 1 ou 2) L'ACR de votre échographie ne doit pas modifier le classement ACR de votre mammographie, mais peut modifier la prise en charge de la femme	ACRE 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ACRE 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Absence de sein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ACRE 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ACRE 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ACRE 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
CONDUITE À TENIR	
Dépistage <input type="checkbox"/>	
Avis spécialisé <input type="checkbox"/> IRM <input type="checkbox"/> Prélèvement : Cytoponction <input type="checkbox"/> Microbiopsie <input type="checkbox"/> Macrobiopsie <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/>	
Suivi rapproché à : 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 4 mois <input type="checkbox"/> 6 mois <input type="checkbox"/> 9 mois <input type="checkbox"/> 12 mois <input type="checkbox"/> 18 mois <input type="checkbox"/> Préciser le type d'examen.....	
CONTRÔLE À UN AN POUR CONTEXTE À HAUT RISQUE <input type="checkbox"/>	



INTERPRÉTATION DU PREMIER LECTEUR (Joindre le compte rendu et les derniers clichés antérieurs)																																																
CAS 2	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="background-color: #4a4a8a; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> BILAN DIAGNOSTIQUE IMMÉDIAT EN CAS D'ACR 0, 3, 4, 5 OU ANOMALIE CLINIQUE </div> <div style="text-align: right;">Date: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;">Refus <input type="checkbox"/></p> <p>EXAMENS RÉALISÉS : Agrandissement <input type="checkbox"/> Autre technique <input type="checkbox"/> Préciser</p> <p style="margin-left: 40px;">Autres clichés <input type="checkbox"/> Echographie <input type="checkbox"/> Tomosynthèse <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="background-color: #4a4a8a; color: white; padding: 5px; margin-top: 10px;"> CONCLUSION EN CAS D'ANOMALIE DÉTECTÉE PAR IMAGERIE <ul style="list-style-type: none"> * Lésion visible en mammographie et/ou avec une autre technique : TACR FINAL correspond à TACR le plus élevé * Lésions multiples dans un même sein, ne retenir que la lésion la plus péjorative pour TACR FINAL, soit TACR le plus élevé </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;">ACR FINAL au terme du bilan</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">NORMAL</th> <th style="text-align: center;">Sein D</th> <th style="text-align: center;">Sein G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Normal ACR 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bénin ACR 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Absence de sein ou lecture non faite</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-top: 1px solid black; padding-top: 5px;">ANORMAL (Pas de 2ème lecture)</td> </tr> <tr> <td></td> <th style="text-align: center;">Sein D</th> <th style="text-align: center;">Sein G</th> </tr> <tr> <td style="color: red;">ACR 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="color: red;">ACR 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="color: red;">ACR 5</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <div style="margin-top: 10px;"> <p style="text-align: right;">LA LÉSION EST DÉTECTÉE PAR (Plusieurs choix possibles)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sein D</th> <th style="text-align: center;">Sein G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mammo</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Echographie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Autre technique</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> </div> </div> <div style="border: 1px solid red; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center; color: red; font-weight: bold;">CONDUITE À TENIR SUITE AU BILAN DIAGNOSTIQUE IMMÉDIAT</p> <p style="text-align: center;">Dépistage <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">IRM <input type="checkbox"/> Avis spécialisé <input type="checkbox"/></p> <p>Prélèvement : Cytoponction <input type="checkbox"/> Microbiopsie <input type="checkbox"/> Macrobiopsie <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/></p> <p>Suivi rapproché à :</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">1 mois</td> <td style="width: 25%;">3 mois</td> <td style="width: 25%;">4 mois</td> <td style="width: 25%;">6 mois</td> </tr> <tr> <td>9 mois</td> <td>12 mois</td> <td>18 mois</td> <td></td> </tr> </table> <p>Préciser le type d'examen :</p> <p style="font-size: 0.8em; margin-top: 5px;">A la fin du Bilan de diagnostic immédiat, si ACR FINAL = 3, 4 ou 5 ou examen clinique suspect avec un bilan d'imagerie normal ou bénin alors informer le(s) professionnel(s) de santé correspondant(s)</p> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <p>CONTRÔLE À UN AN POUR CONTEXTE À HAUT RISQUE <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="font-weight: bold; font-size: 0.8em;">COMMENTAIRES DU RADIOLOGUE POUR LA L2</p> </div> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="font-weight: bold; font-size: 0.8em;">NOM & SIGNATURE DU RADIOLOGUE</p> </div> </div>	NORMAL	Sein D	Sein G	Normal ACR 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bénin ACR 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Absence de sein ou lecture non faite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ANORMAL (Pas de 2ème lecture)				Sein D	Sein G	ACR 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ACR 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ACR 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sein D	Sein G	Mammo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Echographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre technique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 mois	3 mois	4 mois	6 mois	9 mois	12 mois	18 mois	
NORMAL	Sein D	Sein G																																														
Normal ACR 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Bénin ACR 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Absence de sein ou lecture non faite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
ANORMAL (Pas de 2ème lecture)																																																
	Sein D	Sein G																																														
ACR 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
ACR 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
ACR 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
	Sein D	Sein G																																														
Mammo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Echographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Autre technique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
1 mois	3 mois	4 mois	6 mois																																													
9 mois	12 mois	18 mois																																														



INTERPRÉTATION DU SECOND LECTEUR																															
Date de 2 ^{ème} lecture <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																															
Cachet ou nom du radiologue																															
TYPE DE LECTURE	Sur console d'interprétation* <input type="checkbox"/> Sur film <input type="checkbox"/>																														
*Cette modalité n'est autorisée que sur dérogation de la DGS dans le cadre de projets d'expérimentation et d'évaluation de la dématérialisation des flux d'informations associés à la mammographie numérique réalisée sous convention avec l'INCa.																															
CLICHÉS TECHNIQUEMENT INSUFFISANTS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Préciser (Donner des renseignements suffisamment précis pour que le radiologue puisse corriger les insuffisances techniques)																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sein D</th> <th>Sein G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Positionnement</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Qualité de l'image</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mauvaise qualité de l'impression de la mammo numérique Réimpression du cliché (si l'image a été archivée, sinon le retaire)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Sein D	Sein G	Positionnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qualité de l'image	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mauvaise qualité de l'impression de la mammo numérique Réimpression du cliché (si l'image a été archivée, sinon le retaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
	Sein D	Sein G																													
Positionnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Qualité de l'image	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Mauvaise qualité de l'impression de la mammo numérique Réimpression du cliché (si l'image a été archivée, sinon le retaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
COMPARAISON AVEC CLICHÉS ANTERIEURS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>																															
Si oui, préciser la date <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ANOMALIE Sein D Sein G																														
	Apparue <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																														
	Plus suspecte <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																														
	Identique ou moins suspecte <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																														
RÉSULTAT DE LA DEUXIÈME LECTURE	ACR FINAL																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sein D</th> <th>Sein G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NORMAL</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Normal BI-RADS ACR 1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bénin BI-RADS ACR 2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Absence de sein ou lecture non faite</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ANORMAL</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>BI-RADS ACR 0*</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>BI-RADS ACR 3</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>BI-RADS ACR 4</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>BI-RADS ACR 5</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Sein D	Sein G	NORMAL			Normal BI-RADS ACR 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bénin BI-RADS ACR 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Absence de sein ou lecture non faite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ANORMAL			BI-RADS ACR 0*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BI-RADS ACR 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BI-RADS ACR 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BI-RADS ACR 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Situer sur le schéma : dessiner et localiser la ou les anomalies afin de pouvoir les identifier et les situer avec précision (Plusieurs items peuvent être cochés)
	Sein D	Sein G																													
NORMAL																															
Normal BI-RADS ACR 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Bénin BI-RADS ACR 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Absence de sein ou lecture non faite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
ANORMAL																															
BI-RADS ACR 0*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
BI-RADS ACR 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
BI-RADS ACR 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
BI-RADS ACR 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sein D</th> <th>Sein G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Masse (circonscrite ou non)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Calcifications</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Masse + Calcifications</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Distorsion architecturale</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Asymétrie focale de densité</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Sein D	Sein G	Masse (circonscrite ou non)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calcifications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Masse + Calcifications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Distorsion architecturale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asymétrie focale de densité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sein D</th> <th>Sein G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OBLIQUE</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>FACE externe</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Sein D	Sein G	OBLIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FACE externe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Sein D	Sein G																													
Masse (circonscrite ou non)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Calcifications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Masse + Calcifications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Distorsion architecturale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Asymétrie focale de densité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
	Sein D	Sein G																													
OBLIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
FACE externe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">*EXAMENS(S) POUR LE BILAN DE DIAGNOSTIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Autres clichés <input type="checkbox"/></td> <td>Agrandissement <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Échographie <input type="checkbox"/></td> <td>Profil <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> Préciser :	*EXAMENS(S) POUR LE BILAN DE DIAGNOSTIC		Autres clichés <input type="checkbox"/>	Agrandissement <input type="checkbox"/>	Échographie <input type="checkbox"/>	Profil <input type="checkbox"/>																									
*EXAMENS(S) POUR LE BILAN DE DIAGNOSTIC																															
Autres clichés <input type="checkbox"/>	Agrandissement <input type="checkbox"/>																														
Échographie <input type="checkbox"/>	Profil <input type="checkbox"/>																														
CONDUITE À TENIR EN CAS DE DISCORDANCE																															
IRM <input type="checkbox"/> Avis spécialisé <input type="checkbox"/> Prélèvement : Cytoponction <input type="checkbox"/> Microbiopsie <input type="checkbox"/> Macrobiopsie <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/>																															
Suivi à : 3 mois <input type="checkbox"/> 4 mois <input type="checkbox"/> 6 mois <input type="checkbox"/> 9 mois <input type="checkbox"/> 12 mois <input type="checkbox"/> 18 mois <input type="checkbox"/>																															
Type d'examen : Echo <input type="checkbox"/> Mammo <input type="checkbox"/> IRM <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Préciser :																															
Dépistage <input type="checkbox"/>																															
CONCORDANCE L1/L2																															
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Commentaires second lecteur																														



Annexe 2 : population à haut risque de cancers (extrait site AMELI)

Populations visées

Dans les 4 cas suivants, une surveillance spécifique se justifie :

- **cas 1** : les personnes ayant un antécédent familial de cancer du sein ou de l'ovaire et étant porteuses d'une mutation constitutionnelle prédisposant au cancer du sein (mutation génétique BCRA1 ou BCRA2) ;
- **cas 2** : les personnes ayant un antécédent familial de cancer du sein ou de l'ovaire et pour lesquelles une évaluation par un onco-généticien démontre un risque personnel très élevé de cancer du sein ;
- **cas 3** : les personnes ayant un antécédent familial de cancer du sein ou de l'ovaire et pour lesquelles une évaluation par un onco-généticien démontre un risque personnel élevé de cancer du sein ;
- **cas 4** : les personnes ayant un antécédent personnel d'hyperplasie canalaire atypique, d'hyperplasie lobulaire atypique ou de carcinome lobulaire in situ.

À noter : ces personnes ne doivent pas déjà être en ALD pour un cancer du sein ou une maladie de Hodgkin, ni en suivi post-ALD faisant suite à un protocole de soins pour cancer du sein ou pour maladie de Hodgkin.

Pour rappel, il existe un score familial d'analyse de l'arbre généalogique pour valider l'indication de la consultation d'oncogénétique : le score d'Eisinger

CALCUL DU SCORE D'EISINGER ET CONDUITE À TENIR

Pour calculer le score d'Eisinger, les cotations doivent être additionnées pour chaque cas de la même branche parentale.

Mutation BRCA1/2 identifiée dans la famille	5	RÉSULTATS 3 ou + : consultation d'oncogénétique Inférieur à 3 : dépistage organisé
Cancer du sein chez une femme avant 30 ans	4	
Cancer du sein chez une femme entre 30 et 39 ans	3	
Cancer du sein chez une femme entre 40 et 49 ans	2	
Cancer du sein chez une femme entre 50 et 70 ans	1	
Cancer du sein chez un homme	4	
Cancer de l'ovaire avant 70 ans	4	

Score d'Eisinger < 3	La patiente est dirigée vers le dépistage organisé si elle a plus de 50 ans. Avant cet âge, un examen clinique annuel est recommandé dès 25 ans.
Score d'Eisinger ≥ 3	<p>L'oncogénéticien⁽¹⁾ évalue le niveau de risque de la patiente en fonction de son arbre généalogique et de son âge. Selon les résultats de cette première étape, le médecin peut envisager des recherches génétiques. À l'issue de la consultation et/ou de la recherche de mutations, le risque peut être élevé ou très élevé.</p> <p>Plusieurs cas de figure se présentent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • mutation BRCA1 ou BRCA2 avérée : la patiente présente un risque très élevé ; • absence d'identification d'une mutation BRCA1 ou BRCA2 dans la famille ou en cas de recherche non réalisée : l'oncogénéticien évalue le niveau de risque personnel de cancer du sein de la femme au vu de son arbre généalogique et de son âge. Le risque pourra être élevé ou très élevé ; • identification d'une mutation BRCA1 ou BRCA2 au sein de la famille mais non retrouvée chez la femme : la patiente est dirigée vers le dépistage organisé si elle a plus de 50 ans.

(1) Les coordonnées des consultations d'oncogénétique sont disponibles sur le site e-cancer.fr.

Examens de dépistage recommandés

En fonction des situations repérées, les examens recommandés sont couverts par l'exonération du ticket modérateur. Les conditions de prise en charge sont identifiées dans le tableau ci-après :

Dépistage du cancer du sein : identification des personnes à haut risque et modalités de dépistage			
Personnes visées par la loi	Actes couverts	Spécialiste compétent pour prescrire l'exonération	Durée de l'exonération
Cas n° 1 : antécédent familial de cancer du sein ou de l'ovaire et lorsque l'assuré est porteur d'une mutation génétique constitutionnelle prédisposant au cancer du sein (mutation génétique BCRA1 ou BCRA2)	IRM annuel et mammographie annuelle (complétée d'une éventuelle échographie).	Onco-généticien	À partir de l'âge de 30 ans et sans limitation de durée.
Cas n° 2 : antécédent familial de cancer du sein ou de l'ovaire et lorsqu'une évaluation par un onco-généticien démontre un risque personnel très élevé de cancer du sein	IRM annuel et mammographie annuelle (complétée d'une éventuelle échographie).	Onco-généticien	À partir de l'âge de 30 ans et sans limitation de durée.
Cas n° 3 : antécédent familial de cancer du sein ou de l'ovaire et lorsqu'une évaluation par un onco-généticien démontre un risque personnel élevé de cancer du sein	Mammographie annuelle (complétée d'une éventuelle échographie)	Onco-généticien	À partir de l'âge de 40 ans et jusqu'à 50 ans. À 50 ans, ces examens sont recommandés tous les deux ans et sont donc pris en charge dans le cadre du programme national de dépistage organisé.
Cas n° 4 : antécédent personnel d'hyperplasie canalaire atypique, d'hyperplasie lobulaire atypique ou de carcinome lobulaire in situ	Mammographie annuelle et éventuelle échographie pendant 10 ans. Au-delà de 10 ans : mêmes examens tous les 2 ans.	Oncologue, gynécologue ou gynécologue obstétricien	Surveillance annuelle d'une durée de 10 ans sans condition d'âge (même si la personne a plus de 50 ans au moment du diagnostic).

Dépistage du cancer du sein : identification des personnes à haut risque et modalités de dépistage

Personnes visées par la loi	Actes couverts	Spécialiste compétent pour prescrire l'exonération	Durée de l'exonération
			<p>Au-delà des 10 ans, même surveillance tous les 2 ans :</p> <p>si la personne a moins de 50 ans : dépistage individuel selon le présent dispositif jusqu'à 50 ans ;</p> <p>si la personne a plus de 50 ans : dépistage organisé.</p>

À noter : les participations forfaitaires et les éventuels dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé consultés restent à la charge de l'assurée. Les consultations de surveillance clinique sont remboursées dans les conditions habituelles par l'Assurance Maladie.

Modalités pratiques de la prise en charge

Le médecin (onco-généticien, oncologue, gynécologue, gynécologue-obstétricien) qui a réalisé le diagnostic d'une des situations décrites par les recommandations :

- formule sa demande par ordonnance sur laquelle il mentionne le cas de son patient (cas 1, 2, 3 ou 4) et le NIR de celui-ci ;
- l'adresse, sous enveloppe bleue, au service du contrôle médical près la caisse dont relève celui-ci (le patient).

À réception de l'ordonnance, le service médical établit une attestation d'exonération du ticket modérateur pour les actes listés correspondant à ceux couverts pour la situation à risque concernée.

Le service médical pourra prendre contact avec le médecin demandeur en cas de besoin, notamment si des difficultés sont rencontrées pour identifier le cas visé dans la demande d'attestation.

Prise en compte des personnes dont le risque a été identifié avant le 1er septembre 2016

Si une personne a fait l'objet d'un diagnostic correspondant aux cas 1, 2 ou 3 avant le 1er septembre 2016, une demande peut être formulée par un oncologue, un gynécologue, un gynécologue-obstétricien ou le médecin traitant. Dès lors, ce médecin :

- formule sa demande par ordonnance sur laquelle il mentionne le cas de son patient (cas 1, 2, 3 ou 4) et le NIR de celui-ci ;
- l'accompagne du document remis lors de l'établissement du diagnostic par l'onco-généticien ;
- l'adresse, sous enveloppe bleue, au service du contrôle médical près la caisse dont relève celui-ci (le patient).

Dans le cas n°3, seules les demandes pour des personnes ayant fait l'objet d'un diagnostic entre 40 et 50 ans depuis moins de 10 ans pourront être acceptées.

Modalités de facturation

La personne bénéficiant de l'exonération présente son attestation au médecin (spécialiste de l'imagerie médicale, radiologue) amené à pratiquer les actes recommandés dans sa situation. Celui-ci identifie ainsi quels examens sont recommandés pour la personne qui se présente : IRM et mammographie pour les uns, mammographie pour les autres. L'échographie mammaire qui ne doit pas être systématique interviendra en cas de difficulté d'interprétation de la mammographie par le radiologue.

La facturation est ensuite établie conformément aux consignes données sur l'attestation elle-même. Sur la feuille de soins du radiologue ou du service d'imagerie médicale, doit être cochée la case « autre » ou « exo div » s'il utilise une feuille de soins électronique.

Les personnes prises en charge dans le cadre de ce dépistage peuvent faire l'objet d'un suivi clinique régulier par leur médecin traitant ou leur gynécologue. Aussi, si ce praticien sollicite les examens radiologiques, il doit préciser sur son ordonnance que ces derniers sont en lien avec le dépistage du cancer du sein.

Toutefois, cette consultation n'est pas un préalable obligatoire aux examens et il est possible, comme cela se pratique parfois dans le cadre du programme national de dépistage organisé, que la patiente fasse les examens avant de consulter.

(1) Risque estimé de développer un cancer du sein avant 75 ans s'il n'y a pas d'autres causes de décès pour la génération née en 1953. L. Remontet et al. Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000.

(2) New England Journal of Medicine June 3, 2015 DOI: 10.1056/NEJMsr1504363 Breast-Cancer Screening - Viewpoint of the IARC Working Group.

Attestation pour la prise en charge des examens recommandés dans le cadre du dépistage spécifique du cancer du sein

Cette attestation vous permet de bénéficier d'une prise en charge à 100% pour les examens mentionnés ci-dessous (hors dépassements des tarifs pratiqués par certains professionnels de santé)

(article L. 160-14 23° du Code de la sécurité sociale)

Personne bénéficiaire des examens et assuré(e)

Personne bénéficiaire des examens

Nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

Assuré(e) (à remplir si la personne bénéficiaire des examens n'est pas l'assuré(e))

Nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

Adresse de l'assuré(e)

Renseignements médicaux concernant la situation de la patiente

- 1 - Patiente porteuse d'une mutation constitutionnelle prédisposant au cancer du sein ou à forte probabilité d'en être porteuse
- 2 - Patiente avec un antécédent familial de cancer du sein, sans mutation génétique identifiée mais avec risque très élevé
- 3 - Patiente avec un antécédent familial de cancer du sein, sans mutation génétique identifiée mais avec risque élevé
- 4 - Patiente présentant un antécédent personnel d'hyperplasie canalaire atypique, d'hyperplasie lobulaire atypique ou de carcinome lobulaire *in situ*

Examens recommandés

- IRM mammaire
(pour les situations 1 et 2)
- Mammographie mammaire complète, le cas échéant, par une échographie mammaire en fonction du résultat de la mammographie
(pour les situations 1 à 4)
- Dans les situations 3 et 4, l'attestation est valable jusqu'au

Le Service médical

Nom et prénom	Cachet du service médical
Qualité	

A _____, le _____ signature

A l'attention de Mesdames et Messieurs les professionnels de santé

IMPORTANT

Afin de permettre une prise en charge immédiate de vos patientes à 100 %, veuillez, sur les feuilles de soins que vous utiliserez :

- cocher la case "autre" (ou "exo DIV" si vous utilisez une feuille de soins électronique),