



Programme
Mammographie

Bon de prise en charge E20

Concerne :

Programme Mammographie

20, rue de Bitbourg
L-1273 Luxembourg



DESTINE A LA CNS

Dès réception, cette première partie du bon sera transmise par le Centre de Coordination à la CNS, pour paiements des honoraires.

Code médecin :

D^r Nom / prénom / adresse :

Certifie avoir reçu ce jour en mon cabinet l'assurée pré-mentionnée et lui avoir dispensé l'examen médical (E20) dans le cadre du Programme Mammographie : communication du résultat de la mammographie, anamnèse et examen clinique, évaluation du risque du cancer du sein et conseils spécifiques.

.....
Date de l'examen

.....
Signature et cachet du médecin

.....
Signature de l'assurée

DESTINE UNIQUEMENT AU PROGRAMME MAMMOGRAPHIE

à remplir obligatoirement et retourner au centre de dépistage

Matricule : Date mammographie :

Date de l'examen :

Examen clinique : ☐ Sein Droit ☐ Sein Gauche ☐ Bilatéral

☐ Inspection et palpation sans particularité

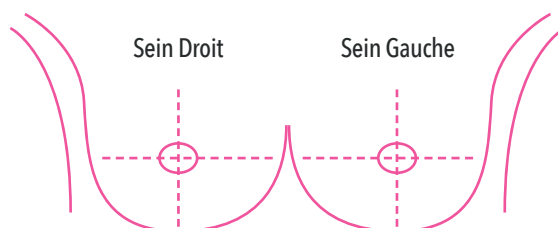
☐ Tumeur palpable

☐ Autre anomalie suspecte :

☐ J'ai adressé cette patiente pour examens complémentaires au D^r. / à

l'hôpital :

.....



Veuillez indiquer sur le schéma le résultat de l'examen clinique et/ou échographie.

Echographie date :

Résultat

Birads Sein Droit :

Birads Sein Gauche :

.....

Merci d'adresser au Médecin PM une copie de tout rapport concernant cette patiente, aux fins d'évaluation du suivi du programme de dépistage. D^r. Dillenbourg FAX : 247-95563



Centre de coordination des programmes de dépistage des cancers
Ministère de la Santé, Direction de la santé
20, rue de Bitbourg - L-1273 Luxembourg-Hamm
Tél. : 247 75 550 - Fax : 247 95563
mammographie@ms.etat.lu - www.sante.lu - www.cns.lu

.....
Signature et cachet du médecin