

**REGISTRE « PROTHESES MAMMAIRE »****FICHE DE DECLARATION D'EFFET INDESIRABLE GRAVE***E-mail adressé à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé***Etablissement : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX****Ville : <CWT>SVILLE</CWT>****NOM DU CHIRURGIEN : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX****N° RPPS : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX****Identification du patient****Numéro de patient : XX****Date de l'intervention et/ou de l'évènement : JJ/MM/AAAA**

<i>Dysfonctionnements</i>	SEIN DROIT	SEIN GAUCHE
Rupture		
si rupture : diffusion du silicone		
Perspiration de silicone		
Dégonflement		
Plis, vagues, rotation		
Modification couleur		

<i>Effets</i>	SEIN DROIT	SEIN GAUCHE
Coque périprothétique		
Infection profonde		
Epanchement/Lymphorée		
Inflammation		
Nécrose		
Siliconome		
Maladie auto-immune		
Lymphome anaplasique		
Cancer du sein		
Cancer Hors Du Sein		
Date d'implantation		
Marque		
Référence		
Volume		
Numéro de lot		
Numéro de série		
Forme		
Surface d'enveloppe		
Texture		
Type de remplissage		
Douleur		
Exposition de la prothèse		
Adénopathie		