

Imię i Nazwisko..... **PESEL**.....

Szanowna Pani! Ankieta pomaga nam w ocenie ryzyka wystąpienia raka piersi u Pani oraz pomaga przy podejmowaniu decyzji diagnostycznych, dlatego bardzo prosimy o rzetelne jej wypełnienie.

1. DATA URODZENIA: OSTATNIA MIESIĄCZKA, czy miesiączki są regularne? TAK NIE

długość trwania cykludni, PIERWSZA MIESIĄCZKA lat

2. ILOŚĆ CIĄŻ ILOŚĆ PORONIEŃ..... W JAKIM WIEKU BYŁA PANI W CIĄŻY?.....
CZAS KAŻDEGO Z KARMIEŃ (w miesiącach).....

2. CZY STOSUJE LUB STOSOWAŁA PANI ŚRODKI HORMONALNE (jeśli tak, to od kiedy oraz jaki rodzaj środków hormonalnych- antykoncepcja, HTZ)? TAK NIE

3. CZY BYŁY WYKONYWANE (jeśli tak, to kiedy i wypisać jakie nieprawidłowości były w ostatnim badaniu) ?

- MAMMOGRAFIA TAK NIE

- USG PIERSI TAK NIE

- Inne badania piersi (np. MR) TAK NIE

4. CZY BYŁY WYKONYWANE (jeśli tak, to kiedy, która pierś i jaki był wynik) ?

- BIOPSJE PIERSI TAK NIE

- ZABIEGI OPERACYJNE W OBRĘBIE PIERSI TAK NIE

5. CZY KTOŚ W RODZINIE CHOROWAŁ NA: RAKA PIERSI, JAJNIKA LUB TRZONU MACICY? TAK NIE

-jeśli tak, to kto chorował, jaki rodzaj nowotworu oraz w jakim wieku nastąpiło zachorowanie (około) ?

.....

-- NA INNE NOWOTWORY? TAK NIE

-jeśli tak, to kto chorował, jaki rodzaj nowotworu oraz w jakim wieku nastąpiło zachorowanie (około) ?

.....

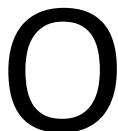
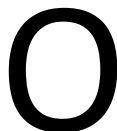
6. CZY **AKTUALNIE** ZAUWAŻYŁA PANI U SIEBIE COŚ NIEPOKOJĄCEGO (jeśli tak, to która pierś i od kiedy) ?

- WCIĄGNIĘCIE BRODAWKI TAK NIE - która pierś?.....

- WYCIEK TAK NIE - która pierś?.....

- GUZEK TAK NIE (jeśli tak, proszę zaznaczyć w którym miejscu)

Prawa



Lewa

**Wyrażam świadomą zgodę na wykonanie u mnie badania z użyciem promieniowania jonizującego-
mammografii RTG**

.....

(data, podpis)

Czy Pacjent zostawił poprzednie badania? TAK NIE

	MR	TK	RTG	MMG	Szp.
CD/klisza					
Opis					
Inne (jakie)					