

ANKIETA DLA KOBIET OBJĘTYCH POPULACYJNYM PROGRAMEM WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA PIERSI

Nr identyfikacyjny badania: Data badania:
Symbol badania: Numer rundy skryningowej:

Adres zamieszkania

1. PESEL: 5. Kod, Miasto:
2. Nazwisko: 6. Gmina/Dzielnica:
3. Imię: 7. Ulica:
4. Data urodzenia: 8. Nr telefonu:

9. Czy wyraża Pani zgodę na przekazywanie informacji poprzez SMS lub e-mail?

10. Nr telefonu komórkowego: 11. Adres e-mail:

12. Zajęcie: ☐ uczeń ☐ pracownik umysłowy ☐ pracownik fizyczny
☐ rolnik ☐ emeryt/rencista ☐ inny

13. Wykształcenie: ☐ niepełne podstawowe ☐ podstawowe ☐ zas. zawodowe
☐ średnie ☐ niepełne wyższe ☐ wyższe

14. Informację o badaniach profilaktycznych uzyskała Pani od:

☐ lekarz POZ ☐ zaproszenie SMS
☐ lekarz specjalista ☐ imienne zaproszenie otrzymane pocztą
☐ położna lub pielęgniarka środowiskowa ☐ inne źródła, jakie?
☐ prasa, radio, telewizja, Internet

15. Pierwsza miesiączka (wiek): / nie pamiętam ostatnia miesiączka (wiek): / nie pamiętam

16. Jeśli Pani rodziła, ile miała Pani lat podczas pierwszego porodu?

17. Czy przyjmuje Pani preparaty hormonalne?

☐ nie ☐ dawniej ☐ obecnie ☐ powyżej 5 lat

18. Czy bada Pani sobie piersi sama? ☐ nie ☐ co miesiąc ☐ czasami

19. Czy w ostatnim roku badał Pani piersi lekarz? ☐ nie ☐ tak

20. Mutacja: ☐ nie ☐ tak

21. Czy u Pani krewnych wystąpił rak piersi? ☐ nie ☐ tak

u matki ☐ nie ☐ tak (przed 50-tym rokiem życia) ☐ tak (po 50-tym roku życia)

u siostry ☐ nie ☐ tak (przed 50-tym rokiem życia) ☐ tak (po 50-tym roku życia)

u córki ☐ nie ☐

u innych krewnych (podać pokrewieństwo):

22. Czy występują u Pani dolegliwości lub zmiany w piersiach? ☐ nie ☐ tak

w której piersi: ☐ prawa ☐ lewa

jakie zmiany: ☐ ból ☐ guzek, zgrubienie ☐ wciągnięcie brodawki

☐ wyciek z brodawki ☐ zmiany na skórze piersi

☐ zabieg chirurgiczny w obrębie piersi

☐ inne objawy (proszę podać jakie):

23. Czy miała Pani kiedykolwiek wykonywaną mammografię? ☐ nie ☐ tak

jeśli tak - w którym roku było ostatnie badanie? / nie pamiętam

ile było wszystkich mammografii?

24. Uwagi:

.....
.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.97 o Ochronie Danych Osobowych.
Dz. U. 2002.101.926 j.t.

.....
podpis pacjentki

POPULACYJNY PROGRAM WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA PIERSI

1.1

1.2 KARTA BADANIA MAMMOGRAFICZNEGO

Nr ident. pacjentki:

Data:

Nazwisko: Imię: Pesel:

- | | | | |
|----------------------------|--------------------------|------------|-------------------|
| 1. Podwójna ocena | zgodność diagnozy | tak | nie |
| 2. Ocena techniczna | badanie: | a) dobre | b) do powtórzenia |

inicjały technika:

3. Utkanie piersi

- a) tłuszczowe
- b) tłuszczowo-gruczołowe
- c) gruczołowo-tłuszczowe
- d) gruczołowe

4. Wynik

- 0) wymaga dalszych badań w celu określenia kategorii
- 1.1 norma
- 1.2 zmiana łagodna
- 1.3 zmiana prawdopodobnie łagodna
- 1.4 zmiana podejrzana
- 1.5 zmiana złośliwa

5. Zalecenia

- 1) badanie mammograficzne zgodnie z ustalonym interwałem
- 2) dalsza diagnostyka
- 3) dalsza diagnostyka i konsultacja onkologiczna

Uwagi.....

Sporządził: