

ANKIETA DLA KOBIET, KTÓRE CHCĄ UZYSKAĆ SKIEROWANIE NA BADANIE MAMMOGRAFICZNE

Imię i nazwisko:

PESEL:

Miejsce zamieszkania*:

Nr telefonu*:

*wymagane do potrzeb kontaktu

1. Czy przyjmuje Pani leki hormonalne? Jeśli tak, to jakie:

nie dawniej obecnie powyżej 5 lat

2. Czy bada sobie Pani piersi sama?

nie co miesiąc czasami

3. Czy u Pani krewnych wystąpił rak piersi? nie tak

u matki nie przed 50-tym r.ż. po 50-tym r.ż.

u siostry nie przed 50-tym r.ż. po 50-tym r.ż.

u córki nie przed 50-tym r.ż. po 50-tym r.ż.

u innych krewnych (podać pokrewieństwo)

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

Jeśli tak, to w której piersi: prawa lewa obie

Jakie zmiany: ból guzek, zgrubienie wciągnięcie brodawki

wyciek z brodawki zmiany na skórze piersi

zabieg chirurgiczny w obrębie piersi

inne objawy (proszę podać jakie):

5. Czy miała Pani kiedykolwiek wykonywaną mammografię? nie tak

Jeśli tak, to w którym roku było ostatnie badanie?

6. Czy jest Pani w ciąży? nie tak

.....
czytelny podpis