KWESTIONARIUSZ ANKIETOWY WYWIADU WSTĘPNEGO DO BADANIA MAMMOGRAFICZNEGO

Imię i nazwisko: _____ Data badania: _____

Data wykonania poprzedniego badania mammograficznego: _____

Proszę zakreślić właściwe stwierdzenie i uzupełnić dane zgodnie z opisem

1. Czy występuje u Pani wyciek z piersi? ☐ TAK ☐ NIE
   - Jeśli TAK, proszę zaznaczyć stronę: ☐ PIERŚ LEWA ☐ PIERŚ PRAWA
   - Jeśli TAK, proszę zaznaczyć kolor: ☐ przezroczysty ☐ krwisty ☐ inny
   - Jeśli TAK, proszę zaznaczyć charakter: ☐ wyciek samoistny ☐ pod wpływem ucisku
2. Czy wyczuwa Pani guzek, zgrubienie w piersi? ☐ TAK ☐ NIE
   - Jeśli TAK, proszę zaznaczyć stronę i miejsce:

3. Czy odczuwa Pani ból piersi? ☐ TAK ☐ NIE
   - Jeśli TAK, proszę zaznaczyć stronę: ☐ PIERŚ LEWA ☐ PIERŚ PRAWA
4. Czy występuje u Pani stan po urazie piersi? ☐ TAK ☐ NIE
   - Jeśli TAK, proszę zaznaczyć stronę: ☐ PIERŚ LEWA ☐ PIERŚ PRAWA
5. Czy w Pani rodzinie występowały przypadki raka piersi ? ☐ TAK ☐ NIE
   - Jeśli TAK, proszę podać wiek w którym wystąpiły zachorowania: ☐ matka _____ ☐ babka _____ ☐ siostra_____ ☐ inni _____
6. Czy Pani miesiączkuje? ☐ TAK ☐ NIE
   - Jeśli TAK, proszę podać datę ostatniej miesiączki: _____
   - Jeśli NIE, proszę podać rok, w którym wystąpiła ostania miesiączka: _____
7. Czy ma Pani założoną wkładkę wewnątrzmaciczną IUD Mirena? ☐ TAK ☐ NIE
8. Czy stosuje Pani hormonalną terapię zastępczą (HTZ)? ☐ TAK ☐ NIE
   - Jeśli TAK, jak długo? _____
9. Czy jest Pani w ciąży? ☐ TAK ☐ NIE
10. Czy rodziła Pani? ☐ TAK ☐ NIE
    - Jeśli TAK, proszę podać datę ostatniego porodu: _____
    - Jeśli TAK, to czy karmiła Pani piersią? ☐ TAK ☐ NIE
    - Jeśli TAK, proszę podać datę zakończenia karmienia piersią: _____
11. Czy miała Pani wykonywane zabiegi w obrębie piersi? ☐ TAK ☐ NIE
    - Jeśli TAK, jakiego rodzaju?
      - ☐ biopsja zmiany łagodnej
      - ☐ usunięcie guzka łagodnego
      - ☐ usunięcie zmiany złośliwej
      - ☐ mastektomia
      - ☐ redukcja miąższu, korekcja piersi
12. Czy ma Pani wszczepione implanty piersi? ☐ TAK ☐ NIE
    - Jeśli TAK, proszę podać stronę: ☐ PIERŚ LEWA ☐ PIERŚ PRAWA
    - Jeśli TAK, proszę zaznaczyć rodzaj implantu: ☐ silikonowy ☐ z soli fizjologicznej ☐ ekspander ☐ ekspanderoproteza
    - Jeśli TAK, proszę podać datę zabiegu: _____
13. Czy miała Pani radioterapię piersi (naświetlanie)? ☐ TAK ☐ NIE
    - Jeśli TAK, proszę podać, w którym roku: _____

_____ _____

Podpis osoby sprawdzającej wypełnienie ankiety Podpis pacjentki