

REZONANS MAGNETYCZNY PIERSI - ANKIETA

Nazwisko: Imię:

PESEL: Data badania:

Czy występuje u Pani:

TAK
(w lewej piersi)

TAK
(w prawej piersi)

NIE

wyciek z piersi (jeśli tak proszę wskazać jakiego koloru:
krwisty | przezroczyty | inny)

guzek w piersi

ból piersi

TAK

NIE

Czy w Pani rodzinie występowały przypadki raka piersi?

Jeśli tak, proszę podać wiek w którym wystąpiły zachorowania:

matka:

siostra:

babka:

inna:

Czy Pani miesiączkuje?

Jeśli tak, proszę podać datę ostatniej miesiączki:

Jeśli nie, proszę podać rok, w którym wystąpiła ostanía miesiączka:

Czy stosuje Pani hormonalną terapię zastępczą (HTZ)?

Jeśli tak, jak długo?

Czy jest Pani w ciąży?

Czy karmi Pani piersią?

Czy miała Pani wykonywane zabiegi w obrębie piersi?

Jeśli tak, jakiego rodzaju?

biopsja zmiany łagodnej

lewa pierś

prawa pierś

usunięcie guzka łagodnego

zabieg oszczędzający pierś (usunięcie zmiany złośliwej)

mastektomia

TAK

NIE

Czy ma Pani wszczepione implanty piersi?

lewa strona

prawa strona

Jeśli tak, proszę podać stronę

Jeśli tak, proszę podać rodzaj implantu:
(silikonowy, z soli fizjologicznej, ekspander)

Czy miała Pani radioterapię piersi (naświetlanie)?

lewa pierś

prawa pierś

Jeśli tak, proszę podać stronę

Jeśli tak, proszę podać w którym roku:

Data ostatniej mammografii:

Czy wyczuwa Pani guzki, zgrubienia w obrębie piersi?

Jeśli tak, proszę zaznaczyć poniżej:

LEWA PIERŚ

PRAWA PIERŚ



Data: Czytelny podpis pacjentki: