

ANKIETA KWALIFIKUJĄCA DO PROGRAMU PROFILAKTYKI RAKA PIERSI

Nr identyfikacyjny badania:	Data badania: dd/mm/rrrr
Symbol badania:	Numer rundy skryningowej:
PESEL:	Adres zamieszkania:
Nazwisko:	ul.
Imię:	Kod pocztowy:
Wiek:	Miejscowość:
Nr telefonu*:	Adres e-mail*:
Informację o badaniu uzyskałam z:	<input type="checkbox"/> przychodnia POZ; <input type="checkbox"/> lekarz POZ, <input type="checkbox"/> koordynator opieki POZ, <input type="checkbox"/> położna/pielęgniarka POZ <input type="checkbox"/> lekarz specjalista <input type="checkbox"/> prasa, radio, telewizja, Internet indywidualne zaproszenie od realizatora programu: <input type="checkbox"/> list, <input type="checkbox"/> telefon, <input type="checkbox"/> sms <input type="checkbox"/> inne
1. Czy jest Pani objęta „Opieką nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi lub raka jajnika”? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	
2. Czy jest Pani objęta leczeniem onkologicznym z powodu raka piersi, w tym „Kompleksową opieką onkologiczną nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi”? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	
3. Czy jest Pani w ciąży? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	
4. Pierwsza miesiączka (wiek): / <input type="checkbox"/> Nie pamiętam Ostatnia miesiączka (wiek): / <input type="checkbox"/> Nie pamiętam	
5. Jeśli Pani rodziła, ile miała Pani lat podczas pierwszego porodu? / <input type="checkbox"/> Nie dotyczy	
6. Czy stosuje Pani hormonalną terapię (zastępczą) z powodu menopauzy? <input type="checkbox"/> Nie, <input type="checkbox"/> Tak (jaki rodzaj)	
7. Czy kiedykolwiek wykonywała Pani badanie genetyczne, w kierunku predyspozycji do zachorowania na raka piersi? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak, Jeśli tak, to jaki był wynik badania: <input type="checkbox"/> mutacja BRCA1 <input type="checkbox"/> mutacja BRCA2 <input type="checkbox"/> inna (jaka)..... <input type="checkbox"/> Nie wiem	
8. Czy wśród członków Pani rodziny wystąpił rak piersi? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak -u matki <input type="checkbox"/> Tak-u siostry <input type="checkbox"/> Tak-u córki <input type="checkbox"/> Nie wiem	
9. Czy miała Pani zabieg chirurgiczny w obrębie piersi? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak – wymaga wypełnienia odpowiednich pól poniżej	
Pierś prawa <input type="checkbox"/> – z powodu raka piersi <input type="checkbox"/> zabieg oszczędzający pierś; rok:.... <input type="checkbox"/> pełna mastektomia (usunięcie piersi) rok:.... <input type="checkbox"/> – inny (np. implant piersi), rok:..... jaki?:.....	Pierś lewa <input type="checkbox"/> – z powodu raka piersi <input type="checkbox"/> zabieg oszczędzający pierś; rok:.... <input type="checkbox"/> pełna mastektomia (usunięcie piersi) rok:.... <input type="checkbox"/> – inny (np. implant piersi), rok:..... jaki?:.....
Oświadczam, że jestem po leczeniu chirurgicznym raka piersi, od którego minęło 5 lat i pozostaję w trakcie uzupełniającej hormonoterapii (HT) <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak	
Oświadczam, że zakończyłam leczenie raka piersi i 5-letni proces monitorowania po zakończonym leczeniu <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak	
10. Czy występują u Pani dolegliwości lub zmiany w piersiach? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Pierś: <input type="checkbox"/> prawa <input type="checkbox"/> lewa	
Dolegliwość/zmiana : <input type="checkbox"/> ból <input type="checkbox"/> guzek, zgrubienie <input type="checkbox"/> wciągnięcie brodawki <input type="checkbox"/> wyciek z brodawki <input type="checkbox"/> zmiany na skórze piersi <input type="checkbox"/> inne objawy (jakie):	
11. Czy miała Pani kiedykolwiek wykonywaną mammografię? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak – rok ostatniego badania / <input type="checkbox"/> Nie pamiętam Ile miała Pani wykonanych wszystkich badań mammograficznych?	
12. Czy w ostatnich 4-6 tygodniach została Pani zaszczepiona? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak, Jeśli tak, na co?	
13. Uwagi:	
Oświadczam, że zostałam poinformowana o przeciwskazaniach do wykonywania badania (np. ciąża) <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak	
Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania mammograficznego w „Programie profilaktyki raka piersi” <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak	
Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonu lub adresu e-mail w celu przekazania informacji o dalszym udziale w programie* <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak	

Miejscowość i data

Podpis świadczeniobiorcy