

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): ostatnia miesiączka (wiek):

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? 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. Ust. Nr 133 poz. 883) dla potrzeb realizacji i monitorowania profilaktycznych programów zdrowotnych.

.....
podpis pacjentki

Imię i Nazwisko

1. Utkanie piersi

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

2. Wynik

- 0) wymaga dalszych badań /wezwanie/
- 1) norma /bez wezwania/
- 2) zmiana łagodna /bez wezwania/
- 3) zmiana prawdopodobnie łagodna /wezwanie/
- 4) zmiana podejrzana /wezwanie/
- 5) zmiana złośliwa /wezwanie/

3. Zalecenia

- 1) kontrolne badanie mammograficzne za 2 lata
- 2) kontrolne badanie mammograficzne za 1 rok
- 3) dalsza diagnostyka
- 4) dalsza diagnostyka i konsultacja onkologiczna

4. Ocena wg BIRADS (skala 0-5) *Pierś*

- | | P | L |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) guzek | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) zaburzenie architektury | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) zagęszczenie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) zwapnienia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |

5. Umiejscowienie i wielkość zmiany *Pierś*

- | | P | L |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) wg tarczy zegarowej („godzina”) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) zabrodawkowo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) centralnie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) ogon Spence'a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) wielkość (w mm) | | |
| f) liczba zmian | | ... |

6. Porównano ze zdjęciami poprzednimi

- | | | |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|
| data zdjęcia | nie <input type="checkbox"/> | tak <input type="checkbox"/> |
| obraz stacjonarny | nie <input type="checkbox"/> | tak <input type="checkbox"/> |