



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 przeprowadzenie badania z użyciem promieniowania jonizującego (mammografia).

.....
Podpis Pacjentki



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego





POPULACYJNY PROGRAM Wczesnego wykrywania raka piersi
KARTA BADAŃ DODATKOWYCH

Nr ident. pacjentki: Data:.....

Nazwisko :.....Imię:Pesel:

PIERŚ PRAWA **LEWA**

1. Ocena wg BIRADS

- a) guzek (.....)
- b) zaburzenie architektury (.....)
- c) zagęszczenie (.....)
- d) zwapnienia (.....)
- e) inne (opisz jakie)

2. Umieszczenie zmian

- a) wg tarczy zegarowej („godzina”) (.....)
- b) zabrodawkowo
- c) centralnie
- d) ogon Spence'a

3. Wielkość (w mm) (.....)

4. Ilość zmian a) jedna b) kilka c) wiele d) rozsiane

5. Informacje uzupełniające

6. Data poprzedniego badaniaObraz stacjonarny **NIE** **TAK**

7. Badania uzupełniające

- a) mammografia dodatkowa data mammografii dodatkowej
- b) badanie fizykalne data badania fizykalnego
- c) USG data USG
- d) porada data porady

8. Ocena mammograficzna końcowa

- 1) norma
- 2) zmiana łagodna
- 3) zmiana prawdopodobnie łagodna
- 4) zmiana podejrzana
- 5) zmiana złośliwa

9. Zalecenia

- 1) Badanie zgodnie z ustalonym interwałem
- 2) Kontrolne badanie mammograficzne za 12 miesięcy w poradni specjalistycznej
- 3) Kontrolne badanie mammograficzne za 6 miesięcy w poradni specjalistycznej
- 4) Dalsza diagnostyka / leczenie

Uwagi..... Sporządził:

Wystawienie karty zgłoszenia nowotworu złośliwego: 1) nie 2) tak





POPULACYJNY PROGRAM WZESNEGO WYKRYWANIA RAKA PIERSI
KARTA BADANIA MAMMOGRAFICZNEGO

Nr ident. pacjentki:

Data:

Nazwisko:

Imię:

Pesel:

1. **Podwójna ocena** **zgodność diagnozy** **tak** **nie**
2. **Ocena techniczna** **badanie:** **a) dobre** **b) do powtórzenia**

Inicjały technika:

3. Utkanie piersi:

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

4. Wynik:

- 0) wymaga dalszych badań w celu określenia kategorii
1) norma
2) zmiana łagodna
3) zmiana prawdopodobnie łagodna
4) zmiana podejrzana
5) zmiana złośliwa

5. Zalecenia:

- 1) badanie mammograficzne zgodnie z ustalonym interwałem
2) dalsza diagnostyka
3) dalsza diagnostyka i konsultacja onkologiczna

Uwagi:

Sporządził:.....





ZGODA ŚWIADCZENIOBIORCY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Imię i nazwisko.....
Adres.....
Numer telefonu komórkowego.....
Numer telefonu stacjonarnego.....
Adres e-mail.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Świadczeniodawcę Tomasza Bułę, prowadzącego Ośrodek Diagnostyki i Leczenia Chorób Kobięcych oraz Schorzeń Sutka TOMMMED w Katowicach, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r Nr 101, poz. 926, z późn. zm.), w szczególności przekazanych przeze mnie danych oraz wyników badań dla potrzeb realizacji i monitorowania profilaktycznych programów zdrowotnych.

Wyrażam zgodę na przesyłanie pocztą prawidłowego wyniku badania oraz przekazanie pocztą e-mail / przekazanie drogą sms*** zawiadomienia o kolejnej wizycie.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis świadczeniobiorcy

*** niepotrzebne skreślić

