



KARTA BADANIA MAMMOGRAFICZNEGO

IMIĘ I NAZWISKO

ROK URODZENIA PESEL

DOLEGLIWOŚCI:	PIERŚ PRAWA	PIERŚ LEWA
Bez objawów
Ból
Guz lub zgrubienie
Zmiany na skórze
Wydzielina z brodawki
Zmiany na brodawce

ADRES ZAMIESZKANIA

Telefon kontaktowy: E-mail:

Oświadczam, że nie jestem w ciąży oraz że wyrażam zgodę na przeprowadzenia badania mammograficznego.

Data i podpis Pacjentki:

Jakie badania piersi były wcześniej wykonywane (KIEDY?):

Samokontrola piersi: Badanie fizykalne przez lekarza:

Badanie USG piersi:

Mammografia:

Czy było przeprowadzone u Pani leczenie hormonalne (leczenie antykoncepcyjne, zastępcza terapia hormonalna, leczenie niepłodności, inne):

Czy były wykonywane zabiegi (operacje) narządów rodnych:

Czy były wykonywane zabiegi (operacje) gruczołów piersiowych:

Choroby tarczycy:

Czy posiada Pani dzieci (ilość): Czy karmiła Pani piersią:

Ile miała Pani lat w trakcie pierwszego porodu.....

Czy w rodzinie ktoś chorował na nowotwór piersi (kto?)

Czy była Pani leczona na nowotwór piersi (kiedy?)

Czy są wyczuwalne zmiany w piersiach (od kiedy?)

Czy zmiana maleje / rośnie, czy zmienia się w cyklu miesięcznym.....

Data i podpis Pacjentki:

