

**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"/> lekarz specjalista <input type="checkbox"/> prasa, radio, telewizja, Internet <input type="checkbox"/> indywidualne zaproszenie od realizatora programu: <input type="checkbox"/> list, <input type="checkbox"/> telefon, <input type="checkbox"/> sms <input type="checkbox"/> inne	
<b>1. Czy jest Pani objęta „Opieką nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi lub raka jajnika”?</b> <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	
<b>2. Czy jest Pani objęta leczeniem onkologicznym z powodu raka piersi, w tym „Kompleksową opieką onkologiczną nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi”?</b> <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	
<b>3. Czy jest Pani w ciąży?</b> <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	
<b>4. Pierwsza miesiączka (wiek):</b> ..... / <input type="checkbox"/> Nie pamiętam <b>Ostatnia miesiączka (wiek):</b> ..... / <input type="checkbox"/> Nie pamiętam	
<b>5. Jeśli Pani rodziła, ile miała Pani lat podczas pierwszego porodu?</b> ..... / <input type="checkbox"/> Nie dotyczy	
<b>6. Czy stosuje Pani hormonalną terapię (zastępczą) z powodu menopauzy?</b> <input type="checkbox"/> Nie, <input type="checkbox"/> Tak (jaki rodzaj) .....	
<b>7. Czy kiedykolwiek wykonywała Pani badanie genetyczne, w kierunku predyspozycji do zachorowania na raka piersi?</b> <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	
<b>8. Czy wśród członków Pani rodziny wystąpił rak piersi?</b> <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	
<b>9. Czy miała Pani zabieg chirurgiczny w obrębie piersi?</b> <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak – wymaga wypełnienia odpowiednich pól poniżej	
<b>Pierś prawa</b> <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?:.....	<b>Pierś lewa</b> <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?:.....
<b>Oświadczam, że jestem po leczeniu chirurgicznym raka piersi, od którego minęło 5 lat i pozostaję w trakcie uzupełniającej hormonoterapii (HT)</b> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak	
<b>Oświadczam, że zakończyłam leczenie raka piersi i 5-letni proces monitorowania po zakończonym leczeniu</b> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak	
<b>10. Czy występują u Pani dolegliwości lub zmiany w piersiach?</b> <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <div style="float: right;">Pierś: <input type="checkbox"/> prawa <input type="checkbox"/> lewa</div> 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): .....	
<b>11. Czy miała Pani kiedykolwiek wykonywaną mammografię?</b> <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak – rok ostatniego badania .... / <input type="checkbox"/> Nie pamiętam Ile miała Pani wykonanych wszystkich badań mammograficznych? .....	
<b>12. Czy w ostatnich 4-6 tygodniach została Pani zaszczepiona?</b> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak, Jeśli tak, na co? .....	
<b>13. Uwagi:</b> .....	
<b>Oświadczam, że zostałam poinformowana o przeciwwskazaniach do wykonywania badania (np. ciąża)</b> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak	
<b>Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania mammograficznego w „Programie profilaktyki raka piersi”</b> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak	
<b>Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonu lub adresu e-mail w celu przekazania informacji o dalszym udziale w programie*</b> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak	

Miejscowość i data

Podpis świadczeniobiorcy

**Zespół Opieki Zdrowotnej w Oławie**

ul. K. K. Baczyńskiego 1

55-200 Oława

**Diagnostyka Obrazowa – PRACOWNIA MAMMOGRAFICZNA**

tel.: 71 301 13 79; 71 301 13 87

www.zozolawa.wroc.pl zozolawa@zozolawa.wroc.pl

kV	mAs	POWTÓRZONE	
----	-----	------------	--

R CC				
L CC				
R MLO				
L MLO				

**DOROBIONE**

kV	mAs	kV	mAs
----	-----	----	-----

cel. z uciskiem R CC				
cel. z uciskiem L CC				
cel. z uciskiem R MLO				
cel. z uciskiem L MLO				
Projekcja Kleopatry				
Proj. Ogon Spence'a				