

**ANKIETA KWALIFIKUJĄCA DO
 PROGRAMU PROFILAKTYKI
 RAKA PIERSI**



prosimy wypełniać drukowanymi literami oraz w każdym rzędzie postawić **X** przy właściwej odpowiedzi

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	
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? –jeśli tak wymagane wypełnienie odpowiednich pól poniżej	
Piersz 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?:	Piersz 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 Piersz: <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 (jaki):	
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 przeciwwskazaniach do wykonywania badania (np. ciąży) <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	
Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania mammograficznego z użyciem promieniowania jonizującego 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	

Bielsko-Biała, _____
 miejscowość i data



_____ podpis świadczeniobiorcy

PESEL _____
BESKIDZKIE CENTRUM ONKOLOGII – SZPITAL MIEJSKI
IM. JANA PAWLA II W BIELSKU-BIAŁYM
ZAKŁAD DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ
43-300 Bielsko-Biała, ul. Wyzwolenia 18, Tel 33 398 40 05 (26)
Regon: 242865296 NIP: 937-260-23-40
Nr ks. rej. 27313; kod rec. V.91; kod rns. VII-022
Umowa NFZ: 122/H12476

Imię _____ Nazwisko _____

**POPULACYJNY PROGRAM
WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA PIERSI
KARTA BADANIA MAMMOGRAFICZNEGO**

NIE WYPELNIĄĆ! UZUPELNIĄ LEKARZ OPISUJĄCY

Nr identyfikacyjny pacjentki: _____ Data: _____

1. Podwójna ocena zgodność diagnozy: nie tak

2. Ocena techniczna badanie: a) dobre b) do powtórzenia
inicjały technika: _____

3. Utkanie piersi:

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

4. Wynik

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

5. Zalecenia:

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

6. Ocena wg BIRADS
(skala 2-5)

PIERŚ:

P L

a) guzek _____
b) zaburzenie struktury _____
c) zagęszczenie _____
d) zwapnienia _____
e) inne (opisz jakie)

7. Umiejscowienie i wielkość zmiany: P L

a) wg tarczy zegarowej („godzina”) _____
b) zabrodawkowo
c) centralnie
d) ogon Spence’a
e) wielkość (w mm) _____
f) liczba zmian _____

8. Porównanie ze zdjęciami poprzednimi: nie tak

data zdjęcia _____
obraz stacjonarny nie tak

I OCENA

II OCENA

Uwagi:

Sporządził: