Grupa KGHM

Zakład Diagnostyki Obrazowej
Pracownia Mammografii

Załącznik nr 25
do Instrukcji w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania w ZDO Szpitala „MCZ" S.A. w Lubinie

ANKIETA

badanie MAMMOGRAFII oraz badanie REZONANSU MAGNETYCZNEGO piersi

Przed wykonaniem badania proszę wypełnić poniższą ankietę.

1. Imię i nazwisko: …….....…….

2. Data urodzenia: …….....…….

3. Adres zamieszkania: …….....…….

4. Pierwsza miesiączka wystąpiła w wieku …… lat.
5. Czy nadal Pani miesiączkuje? tak / nie

Jeśli nie, to proszę podać, w jakim wieku wystąpiła ostatnia miesiączka: …….. lat.

6. Czy miesiączki były (są) regularne? tak / nie

Jeśli tak, to proszę podać co ile dni: ……

7. Liczba porodów: ……..
8. Czy wystąpiła laktacja? tak / nie
9. Pierwszy poród w wieku …….. lat.
10. Ostatni poród w wieku ……..lat.
12. Czy zażywała Pani doustne środki antykoncepcyjne? tak / nie

Jeśli tak, to jak długo? …….

12. Czy była Pani leczona hormonalnie? (dot. np. chorób tarczycy, ch. reumatoidalnych i innych) tak / nie

Jeśli tak, to, z jakiego powodu? ……

13. Czy w rodzinie wystąpił rak sutka? tak / nie

Jeśli tak, to proszę podać stopień pokrewieństwa: siostra, matka, babka, ciotka (niepotrzebne skreślić).

14. Czy w rodzinie wystąpił rak macicy? tak / nie

Jeśli tak, to proszę podać stopień pokrewieństwa: siostra, matka, babka, ciotka (niepotrzebne skreślić).

15. Proszę podać przebyte choroby piersi, ewentualne zabiegi: …….....
…….....……

16. W Pracowni pozostawiono dokumentację:

	płyty	**klisze**	**opisy**	**inne**
ilość				

……..…..…….....…….

/data i czytelny podpis Pacjentki/