

Załącznik nr 23

do Instrukcji w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania w ZDO Szpitala „MCZ” S.A. w Lubinie i w innych komórkach organizacyjnych ZDO „MCZ” S.A

**ANKIETA DLA KOBIET OBJĘTYCH POPULACYJNYM PROGRAMEM
WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA PIERSI**

Proszę wypełnić przed wykonaniem badania.

Nr identyfikacyjny badania:

Data badania:.....

Symbol badania:

Adres zamieszkania

PESEL:

Kod, Miasto:

Nazwisko:

Ulica:

Imię:

Nr telefonu:

Wiek:

Adres e-mail:.....

Informację o badaniach profilaktycznych uzyskała Pani od:

- ☐ przychodnia POZ (☐ lekarz POZ, ☐ koordynator opieki POZ, ☐ położna/pielęgniarka POZ)
- ☐ lekarz specjalista
- ☐ prasa, radio, telewizja, Internet
- ☐ indywidualne zaproszenie od realizatora programu (☐ list, ☐ telefon, ☐ SMS)
- ☐ inne

1. Czy jest Pani objęta „Opieką nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi lub raka jajnika” ☐ NIE ☐ TAK

2. Czy jest Pani objęta leczeniem onkologicznym z powodu raka piersi, w tym „Kompleksową opieką onkologiczną pod świadczeniobiorcą z nowotworem piersi” ☐ NIE ☐ TAK

3. Czy jest Pani w ciąży? ☐ NIE ☐ TAK

4. Pierwsza miesiączka (wiek): / ☐ nie pamiętam

Ostatnia miesiączka (wiek): / ☐ nie pamiętam

5. Jeśli Pani rodziła, ile miała Pani lat podczas pierwszego porodu?/ ☐ nie dotyczy

6. Czy stosuje Pani hormonalną terapię (zastępczą) z powodu menopauzy?

- ☐ NIE ☐ TAK (jaki rodzaj)

7. Czy kiedykolwiek wykonywała Pani badanie genetyczne w kierunku predyspozycji do zachorowania

na raka piersi? ☐ NIE ☐ TAK, Jeśli tak, to jaki był wynik badania: ☐ mutacja BRCA1, ☐ mutacja BRCA2,

☐ inna (jaka)....., ☐ NIE WIEM

8. Czy wśród członków rodziny wystąpił rak piersi?

☐ NIE ☐ TAK-u matki ☐ TAK – u siostry, ☐ TAK-u córki, ☐ NIE WIEM

9. Czy miała Pani zabieg chirurgiczny w obrębie piersi? ☐ NIE ☐ TAK – wymaga wypełnienia odpowiednich pól poniżej

Pierś prawa:

☐ **z powodu raka piersi**

☐ zabieg oszczędzający pierś; rok.....

☐ pełna mastektomia (usunięcie); rok.....

☐ **inny** (np. implant piersi); rok.....

Jaki?

Pierś lewa:

☐ **z powodu raka piersi**

☐ zabieg oszczędzający pierś; rok.....

☐ pełna mastektomia (usunięcie); rok.....

☐ **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) ☐ NIE ☐ TAK

Oświadczam, że zakończyłam leczenie raka piersi i 5-letni proces monitorowania po zakończonym leczeniu

☐ NIE ☐ TAK

10. Czy występują u Pani dolegliwości lub zmiany w piersiach?

☐ NIE ☐ TAK Pierś: ☐ prawa ☐ lewa

Dolegliwość/ zmiana::

☐ ból

☐ guzek, zgrubienie

☐ wciągnięcie brodawki

☐ wyciek z brodawki

☐ zmiany na skórze piersi

☐ inne objawy (proszę podać jakie):

11. Czy miała Pani kiedykolwiek wykonywaną mammografię?

☐ NIE ☐ TAK – rok ostatniego badania..... ☐ NIE PAMIETAM

Ile miała Pani wykonanych wszystkich badań mammograficznych?

12. Czy w ostatnich 4-6 tygodniach została Pani zaszczepiona? ☐ NIE ☐ TAK, Jeśli tak, to na co?.....

Oświadczam, że zostałam poinformowana o przeciwwskazaniach do wykonania badania (np. ciąża)

☐ NIE ☐ TAK

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania mammograficznego w „programie profilaktyki raka piersi”

☐ NIE ☐ TAK

Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego nr telefonu lub adresu e-mail w celu przekazania informacji o dalszym udziale w programie ☐ NIE ☐ TAK

21. W Pracowni pozostawiono dokumentację:

	 płyty	klisze	opisy	inne
ilość				

22. Uwagi:

Wypełnia personel medyczny Pracowni MMG		Podpis Pacjenta
Dokument został przyjęty i sprawdzony:		
Data	Podpis	