

**ANKIETA DLA KOBIET OBJĘTYCH POPULACYJNYM PROGRAMEM
WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA PIERSI
(proszę wypełnić przed wykonaniem badania)**

Nr identyfikacyjny badania:

Data badania.....

Symbol badania:

Adres zamieszkania

1. PESEL:

5. Kod, Miasto:

2. Nazwisko:

6. Gmina/Dzielnica:

3. Imię:

7. Ulica:

4. Data urodzenia:

8. Ne telefonu:

9. Czy wyraża Pani zgodę na przekazywanie informacji poprzez SMS lub e-mail?

tak: nr tel. komórkowego:

nie

adres e-mail:

10. Zajęcie: uczeń pracownik umysłowy pracownik fizyczny

rolnik emeryt/rencista inny

11. Wykształcenie: niepełne podstawowe podstawowe zas. zawodowe

średnie niepełne wyższe wyższe

12. Informację o badaniach profilaktycznych uzyskała Pani od:

lekarz POZ

zaproszenie SMS

lekarz specjalista

inne zaproszenie otrzymane pocztą

położna lub pielęgniarka środowiskowa

inne źródła, jakie?

prasa, radio, telewizja, Internet

13. Pierwsza miesiączka (wiek): Ostatnia miesiączka (wiek):

14. Jeśli Pani rodziła, ile miała Pani lat podczas pierwszego porodu?

15. Czy przyjmuje Pani preparaty hormonalne?

nie dawniej obecnie powyżej 5 lat

16. Czy bada Pani sobie piersi sama? nie co miesiąc czasami

17. Czy w ostatnim roku badał Pani piersi lekarz? nie tak

18. Mutacja: nie tak

19. Czy u Pani krewnych wystąpił rak piersi? nie tak

u matki nie tak (przed 50-tym rokiem życia) tak (po 50-tym roku życia)

u siostry nie tak (przed 50-tym rokiem życia) tak (po 50-tym roku życia)

u córki nie tak

u innych krewnych (proszę podać pokrewieństwo):

20. Czy występują u Pani dolegliwości lub zmiany w piersiach? nie tak

w której piersi: prawa lewa

jakie zmiany: ból guzek, zgrubienie wciągnięcie brodawki

wyciek z brodawki zmiany na skórze piersi

zabieg chirurgiczny w obrębie piersi

inne objawy (proszę podać jakie):

21. Czy miała Pani kiedykolwiek wykonywaną mammografię? nie tak

jeśli tak – w którym roku było ostatnie badanie?..... ile było wszystkich mammografii?

22. Uwagi:
.....
.....

.....
/czytelny podpis Pacjentki/