

**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. Ulica: .....

3. Imię: .....

7. Nr telefonu: .....

4. Data urodzenia: .....

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

tak: nr tel. komórkowego: .....

nie

adres e-mail: .....

10. Zajęcie:  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. 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): .....

19. 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): .....

20. Czy miała Pani kiedykolwiek wykonywaną mammografię?    nie       tak

jeśli tak – w którym roku było ostatnie badanie?.....

ile było wszystkich mammografii? .....

21. W Pracowni pozostawiono dokumentację:

	<b>plyty</b>	<b>klisze</b>	<b>opisy</b>	<b>inne</b>
<b>ilość</b>				

22. Uwagi: .....

.....

/data i czytelny podpis Pacjentki/