Grupa KGHM
Zakład Diagnostyki Obrazowej

Załącznik nr 18
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 – załącznik do badania
MAMMOGRAFII oraz REZONANSU MAGNETYCZNEGO piersi

1. Imię i nazwisko: …….....…….
2. Data urodzenia: …….....…….
3. Pierwsza miesiączka wystąpiła w wieku …… lat.
4. Czy nadal Pani miesiączkuje? tak / nie

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

Jeśli tak, to proszę podać, w którym dniu cyklu miesięcznego jest Pani w dniu badania ……..

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

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

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

    Jeśli tak, to jak długo? …….

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

    Jeśli tak, to z jakiego powodu? ……

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

Pierś: □ prawa □ lewa

Dolegliwość/ zmiana:: □ ból □ guzek, zgrubienie □ wciągnięcie brodawki
□ wyciek z brodawki □ zmiany na skórze piersi
□ inne objawy (proszę podać jakie): ……...

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				

Wypełnia personel medyczny Pracowni	**Podpis Pacjenta**
Dokument został przyjęty i sprawdzony: **Data……** **Podpis……**	……..