

ANKIETA KWALIFIKUJĄCA DO PROGRAMU PROFILAKTYKI RAKA PIERSI

dla Pań w wieku 45 – 74 lat (bez skierowania lekarskiego)

Imię i nazwisko technika:

Imię i nazwisko administratora:

Nr identyfikacyjny badania:.....

Data badania: dd/mm/rrrr

Symbol badania:

Numer rundy skryningowej:.....

PESEL.....

Adres zamieszkania:.....

Nazwisko:

Kod pocztowy:.....

Imię:.....

Miejscowość:.....

Wiek:.....

Adres e-mail*:.....

Nr telefonu*:.....

Informację o badaniu uzyskałam z:

przychodnia POZ lekarz POZ koordynator opieki POZ położna/pielęgniarka POZ

lekarz specjalista prasa, radio, telewizja, Internet indywidualne zaproszenie od realizatora programu:

inne list telefon sms

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 nad 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 Pani rodziny wystąpił rak piersi?

Nie Tak -u matki Tak-u siostry Tak-u córki Nie wiem

ANKIETA KWALIFIKUJĄCA DO PROGRAMU PROFILAKTYKI RAKA PIERSI

dla Pań w wieku 45 – 74 lat (bez skierowania lekarskiego)

9. Czy miała Pani zabieg chirurgiczny w obrębie piersi?

Nie Tak

Pierś prawa

Tak – z powodu raka piersi** zabieg oszczędzający pierś; rok:..... pełna mastektomia (usunięcie piersi) rok:.....

Tak – inny (np. implant piersi), jaki? rok:.....

Pierś lewa

Tak – z powodu raka piersi** zabieg oszczędzający pierś; rok:..... pełna mastektomia (usunięcie piersi) rok:.....

Tak – inny (np. implant piersi), jaki? rok:.....

**jeśli tak (z powodu raka piersi):.....

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 (jakie):.....

11. Czy miała Pani kiedykolwiek wykonywaną mammografię?

Nie Tak – rok ostatniego badania..... Nie pamiętam

Ile miała Pani wykonanych wszystkich badań mammograficznych?.....

12. Czy w ostatnich 4-6 tygodniach została Pani zaszczepiona? Nie Tak

Jeśli tak, na co?.....

13. Uwagi:

.....

Oświadczam, że zostałam poinformowana o przeciwwskazaniach do wykonywania badania (np. ciąża) Nie Tak

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania mammograficznego w „Programie profilaktyki raka piersi” Nie Tak

Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonu lub adresu e-mail w celu przekazania informacji o dalszym udziale w programie* Nie Tak

Miejscowość i data.....

Podpis świadczeniobiorcy.....