

Nr identyfikacyjny badania: Symbol badania: Numer rundy skryningu:

Powyższe pola wypełnia personel medyczny

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

(WYPEŁNIA PACJENTKA - prosimy wypełniać DRUKOWANYMI literami poniższe dane, prosimy o podpis)

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Nazwisko:	3. Miejscowość/ dzielnica.....						
2. Imię:	4. Gmina wraz z kodem pocztowym: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>						
W punktach 3 - 5 prosimy dokładnie wypełnić adres zameldowania	5. Ulica: Nr domu:.....Nr mieszkania.....						

6. Nr telefonu komórkowego/stacjonarnego(wraz z nr kierunkowym):

7. Zajęcie: uczeń pracownik umysłowy pracownik fizyczny rolnik emeryt / rencista inny8. Wykształcenie: niepełne podstawowe podstawowe zas. zawodowe
 średnie niepełne wyższe wyższe

9. Informację o badaniach profilaktycznych uzyskała Pani poprzez:

 lekarza POZ SMS lekarza specjalistę zaproszenie imienne otrzymane pocztą położną lub pielęgniarkę środowiskową inne źródła prasę, radio, telewizję, internet**INFORMACJE O STANIE ZDROWIA**

1. Data badania (dzień – miesiąc – rok) : - -

2. Pierwsza miesiączka (wiek):.....lat ostatnia miesiączka (wiek):lat

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

4. Czy przyjmuje Pani preparaty hormonalne?

 nie dawniej obecnie powyżej 5 lat jakie?:.....5. Czy bada Pani sobie piersi sama? nie co miesiąc czasami6. Czy w ostatnim roku badał Pani piersi lekarz? nie tak7. Mutacja genetyczna: nie tak8. Czy u Pani krewnych wystąpił rak piersi? nie taku 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 (podać pokrewieństwo):

9. Czy występują u Pani dolegliwości lub zmiany w piersiach? nie takw której piersi: prawa lewajakie zmiany: ból guzek, zgrubienie wciągnięcie brodawki wyciek z brodawki zmiany na skórze piersi zabieg chirurgiczny w obrębie piersi inne objawy (proszę podać jakie):.....10. Czy miała Pani kiedykolwiek wykonywaną mammografię? nie tak

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

jeśli tak – ile było wszystkich mammografii?

11. Uwagi.....

Podpis pacjentki.....