

SIMP

obciążenie genetyczne: ☐ tak ☐ nie

imię i nazwisko technika RTG

**ANKIETA DLA UBEZPIECZONYCH OBJĘTYCH
POPULACYJNYM PROGRAMEM WYKRYWANIA RAKA PIERSI
METODĄ MAMMOGRAFII PRZESIEWOWEJ W POLSCE**

Nazwisko: Imię:

PESEL

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

OW NFZ

Data i miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania: kod poczt.

--	--	--

 -

--	--	--	--

 Miejscowość:

gmina ul. nr nr m

Data badania. Symbol badania Nr rundy skryningu

nr tel. kom e-mail:

nr tel. stacjonarnego zgoda na przekazywanie wiadomości SMS i e-mail ☐ nie ☐ tak

Wykształcenie

Wykonywane zajęcia

Z JAKIEGO ŹRÓDŁA DOWIEDZIAŁA SIĘ Pani o możliwości wykonania bezpłatnej mammografii
(proszę zaznaczyć krzyżykiem)

☐ od lekarza POZ, lekarza specjalisty

☐ od pielęgniarki, położnej

☐ prasa, radio, telewizja

☐ zaproszenie przesłane pocztą/sms

☐ ze strony internetowej SANITAS/ od pracownika SANITAS

☐ inne

Pierwsza miesiączka (wiek) Ostatnia miesiączka(wiek) Pierwszy poród (wiek)

Czy przyjmuje Pani preparaty hormonalne? ☐ 1) nie ☐ 2) tak (obecnie)
☐ 3) dawniej ☐ powyżej 5 lat

Jakie?

Czy bada Pani sobie piersi?

☐ 1) nie
☐ 2) tak, jak często? ☐ co miesiąc ☐ czasami

Czy w ostatnim roku lekarz badał Pani piersi?

☐ 1) nie ☐ 2) tak

Czy u pani krewnych wystąpił rak piersi? ☐ 1) nie ☐ 2) tak

Jeśli tak to u kogo?

a) u matki ☐ przed 50 rokiem życia ☐ po 50 roku życia
b) siostry ☐ przed 50 rokiem życia ☐ po 50 roku życia
c) u córki d) u innych krewnych (np. babka, cotka - wymienić)

Czy występują u Pani dolegliwości lub zmiany w piersiach?

LP - lewa pierś
PP - prawa pierś

☐ 1)nie ☐ 2) tak, jakie

a) ból ☐ LP ☐ PP
b) guzek, zgrubienie ☐ LP ☐ PP
c) wciągnięcie brodawki ☐ LP ☐ PP
d) wyciek z brodawki ☐ LP ☐ PP
e) zabiegi chirurgiczne ☐ LP ☐ PP

f) zmiany na skórze piersi ☐ LP ☐ PP
(np. brodawki skórne, blizny)
g) tzw. mastopatia ☐ LP ☐ PP
h) inne objawy, jakie? ☐ LP ☐ PP

(proszę opisać)
.....

Czy miała Pani kiedykolwiek wykonywana mammografię? ☐ 1) nie ☐ 2) tak

Jesli tak, kiedy była ostatnia (rok)?Ile było wszystkich mammografii?

Uwagi

..... dnia 20 r.

.....

czytelny podpis pacjentki