

SIMP

obciążenia genetyczne

tak

nie

Ankieta dla ubezpieczonych objętych populacyjnym programem wykrywania raka piersi metodą mammografii przesiewowej w Polsce

NAZWISKO OW NFZ

IMIĘ

ADRES

PESEL

data i miejsce urodzenia:.....

Data badania Symbol badania Numer rundy skryningu.....

numer tel. kom. e-mail:

zgoda na przekazywanie wiadomości SMS i e-mail tak nie

wykształcenie

wykonywanie zajęcie

Z jakiego źródła dowiedziała się Pani o możliwości wykonania bezpłatnej mammografii (zaznacz krzyżykiem)

- od lekarza POZ, lekarza specjalisty
- od pielęgniarki, położnej
- prasa, radio, telewizja
- zaproszenie przesłane pocztą
- ze strony internetowej CM Sanitas/ mediów społecznościowych/ od pracownika CM Sanitas

Pierwsza miesiączka (wiek)..... ostatnia miesiączka (wiek) pierwszy poród (wiek).....

Czy przyjmuje/przyjmowała Pani preparaty hormonalne?

- nie tak
- dawniej powyżej 5 lat

Jakie?

Czy bada Pani sobie piersi?

- nie tak, jak często? co miesiąc czasami

Czy w ostatnim roku lekarz badał Pani piersi?

- nie
- tak

Czy u Pani krewnych wystąpił rak piersi?

- nie
 tak

Jeśli tak to u kogo?

- matki przed 50 r.ż. po 50 r.ż.
 siostry przed 50 r.ż. po 50 r.ż.
 córki
 u innych krewnych (np. babka, ciotka - wymienić)

Czy występują u Pani dolegliwości lub zmiany w piersiach?

- nie
 tak, jakie?

- | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ból | <input type="checkbox"/> lewa pierś | <input type="checkbox"/> prawa pierś |
| <input type="checkbox"/> guzek, zgrubienie | <input type="checkbox"/> lewa pierś | <input type="checkbox"/> prawa pierś |
| <input type="checkbox"/> wciągnięcie brodawki | <input type="checkbox"/> lewa pierś | <input type="checkbox"/> prawa pierś |
| <input type="checkbox"/> wyciek z brodawki | <input type="checkbox"/> lewa pierś | <input type="checkbox"/> prawa pierś |
| <input type="checkbox"/> zabiegi chirurgiczne | <input type="checkbox"/> lewa pierś | <input type="checkbox"/> prawa pierś |
| <input type="checkbox"/> zmiany na skórze piersi (brodawki skórne, blizny) | <input type="checkbox"/> lewa pierś | <input type="checkbox"/> prawa pierś |
| <input type="checkbox"/> tzw. mastopatia | <input type="checkbox"/> lewa pierś | <input type="checkbox"/> prawa pierś |
| <input type="checkbox"/> inne, jakie | <input type="checkbox"/> lewa pierś | <input type="checkbox"/> prawa pierś |
| <input type="checkbox"/> inne, jakie | <input type="checkbox"/> lewa pierś | <input type="checkbox"/> prawa pierś |
| <input type="checkbox"/> inne, jakie | <input type="checkbox"/> lewa pierś | <input type="checkbox"/> prawa pierś |

Czy miała Pani kiedykolwiek wykonywaną mammografię?

- nie
 tak

Jeśli tak, kiedy była ostatnia (rok)?

Ile razy w życiu wykonywała Pani mammografię?

Uwagi

.....
.....
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis pacjentki)