

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 zajęcia .....

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  co miesiąc  czasami
- tak, jak często?

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)