

## ANKIETA KWALIFIKUJĄCA DO PROGRAMU PROFILAKTYKI RAKA PIERSI

Numer seryjny aparatu: PLANMED CLARITY CTY289003

Nr identyfikacyjny badania: .....

Data badania: .....

Symbol badania: .....

Numer rundy skryningowej: .....

1. PESEL: 

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

2. Nazwisko: .....

3. Imię: .....

4. Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

5. Kod, Miasto: .....

6. Gmina/Dzielnica: .....

7. Ulica: .....

8. Nr telefonu: .....

9. Czy wyraża Pani zgodę na przekazywanie informacji poprzez SMS lub e-mail?  Nie  Tak

10. Adres e-mail: .....

Nr telefonu .....

11. Czy jest Pani objęta „Opieką nad rodzinami wysokiego, dziedziczenie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi lub jajnika”?  Nie  Tak

12. Czy jest Pani objęta leczeniem onkologicznym z powodu raka piersi, w tym „Kompleksową opieką onkologiczną nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi”?  Nie  Tak

13. Czy jest Pani w ciąży?  Nie  Tak

14. Informację o badaniach profilaktycznych uzyskała Pani od:

lekarz POZ

zaproszenie SMS

lekarz specjalista

imienne zaproszenie otrzymane pocztą

położna lub pielęgniarka środowiskowa

inne źródła, jakie? .....

prasa, radio, telewizja, Internet

15. Pierwsza miesiączka (wiek): ..... / nie pamiętam ostatnia miesiączka (wiek): ..... / nie pamiętam

16. Jeśli Pani rodziła, ile miała Pani lat podczas pierwszego porodu? .....  Nie dotyczy

17. Czy stosuje Pani hormonalną terapię (zastępczą) z powodu menopauzy?  Nie  Tak (jaki rodzaj).....

18. 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

19. Czy wśród członków Pani rodziny wystąpił rak piersi?  
 Nie  Tak – u matki  Tak – u siostry  Tak – u córki  Nie wiem

20. Czy miała Pani zabieg chirurgiczny w obrębie piersi?  Nie  Tak – wymaga wypełnienia odpowiednich pól poniżej

*Prawa piersć*

- z powodu raka piersi  
 zabieg oszczędzający pierś; rok.....  
 pełna mastektomia (usunięcie piersi); rok.....  
 - inny (np. implant piersi), rok.....

*Lewa piersć*

- z powodu raka piersi  
 zabieg oszczędzający pierś; rok.....  
 pełna mastektomia (usunięcie piersi); rok.....  
 - inny (np. implant piersi), rok.....

Jaki?.....

Jaki?.....

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

21. Czy występują u Pani dolegliwości lub zmiany w piersiach?  Nie  Tak

- w której piersi:  prawa  lewa  
jake zmiany:  ból  guzek, zgrubienie  wciągnięcie brodawki  
 wyciek z brodawki  zmiany na skórze piersi

inne objawy(jakie).....

22. Czy miała Pani kiedykolwiek wykonywaną mammografię?  Nie  Tak – rok ostatniego badania...../  Nie pamiętam ile było wszystkich mammografii? .....

23. Czy w ostatnich 4-6 tygodniach została Pani zaszczepiona?  Nie  Tak, jeśli tak, na co? .....

24. Uwagi:

.....  
Oświadczam, że zostałam poinformowana o przeciwwskazaniach do wykonania 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