Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej
64-000 Kościan, ul. Szpitalna 7, tel. 65 512 05 55
REGON 411051999; NIP 698-15-78-284
Centrum Diagnostyki Obrazowej
64-000 Kościan, ul. Szpitalna 7, tel. 65 512 08 55
V część kodu resortowego: 05
REGON 411051999
VII cz. kodu resort.: 036; VIII cz. kodu resort.: 7240

ANKIETA DLA KOBIET OBJĘTYCH PROGRAMEM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI

Nazwisko ..... Numer tel. komórkowego .....

Imię ..... Wykształcenie .....

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **E- mail .....**

Adres ..... Zajęcie .....

1. Czy wyraża Pani zgodę na przetwarzanie informacji poprzez SMS lub e-mail: ☐ **TAK** ☐ **NIE**

2. Informacje o badaniach profilaktycznych uzyskała Pani od:

☐ lekarza POZ
☐ lekarza specjalista
☐ położna lub pielęgniarka środowiskowa
☐ prasa, radio, telewizja, internet
☐ zaproszenie sms
☐ imienne zaproszenie otrzymane pocztą
☐ inne źródła

INFORMACJE O STANIE ZDROWIA

1. Pierwsza miesiączka (wiek) ..... **Ostatnia miesiączka** (wiek) .....

2. Jeśli Pani rodziła, to ile lat Pani miała w czasie pierwszego porodu? .....

3. Czy przyjmuje Pani preparaty hormonalne?

☐ Nie ☐ dawniej ☐ obecnie ☐ powyżej 5 lat jeśli tak, to jakie? .....

.....

4. Czy bada Pani sobie piersi ?

1) ☐ nie 2) ☐ tak jeśli tak, to jak często: ☐ co miesiąc ☐ czasami

5. Czy w ostatnim roku lekarz badał Pani piersi? 1) ☐ nie 2) ☐ tak

6. Mutacja: 1) ☐ nie 2) ☐ tak

7. Czy u krewnych Pani wystąpił rak piersi? 1) ☐ nie 2) ☐ tak

Jeśli tak, to u kogo?

a) u matki ☐ nie ☐ tak (przed 50 rokiem życia) ☐ tak (po 50 roku życia)
b) u siostry ☐ nie ☐ tak (przed 50 rokiem życia) ☐ tak (po 50 roku życia)
c) u córki ☐ nie ☐ tak
d) u innych krewnych (podać pokrewieństwo) .....

8. Czy występują u Pani dolegliwości lub zmiany w piersiach?

1) ☐ nie
2) ☐ tak w której piersi: ☐ prawa ☐ lewa

a) ☐ ból
b) ☐ guzek, zgrubienie
c) ☐ wciągnięcie brodawki
d) ☐ wyciek z brodawki
e) ☐ zmiany na skórze piersi (np. blizny)
f) ☐ zabieg chirurgiczny w obrębie piersi
g) ☐ inne objawy jakie? (proszę opisać)
.....

9. Czy miała Pani kiedykolwiek wykonywaną mammografię? 1) ☐ nie 2) ☐ tak

Jeśli tak, w którym roku było ostatnie badanie ..... Ile było wszystkich mammografii? .....

10. Czy posiada Pani poprzednie zdjęcie mammograficzne ? 1) ☐ nie 2) ☐ tak

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 09.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.) w szczególności przekazanych przeze mnie danych oraz wyników badań dla potrzeb realizacji i monitorowania profilaktycznych programów zdrowotnych.

....
miejscowość czytelny podpis świadczeniobiorcy