

ANKIETA KWALIFIKUJĄCA DO PROGRAMU PROFILAKTYKI RAKA PIERSI

Nr identyfikacyjny badania:		Data badania: dd/mm/rrrr	
Symbol badania:		Numer rundy skryningowej:	
PESEL:		Adres zamieszkania:	
Nazwisko:		ul.	
Imię:		Kod pocztowy:	
Wiek:		Miejscowość:	
Nr telefonu*:		Adres e-mail*:	
Informację o badaniu uzyskałam z: ☐ przychodnia POZ: ☐ lekarz POZ, ☐ koordynator opieki POZ, ☐ położna/pielęgniarka POZ ☐ lekarz specjalista ☐ prasa, radio, telewizja, Internet indywidulne zaproszenie od realizatora programu: ☐ list, ☐ telefon, ☐ sms ☐ inne			
1. Czy jest Pani objęta „Opieką nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi lub raka jajnika”? ☐ Nie ☐ Tak			
2. Czy jest Pani objęta leczeniem onkologicznym z powodu raka piersi, w tym „Kompleksową opieką onkologiczną nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi”? ☐ Nie ☐ Tak			
3. Czy jest Pani w ciąży? ☐ Nie ☐ Tak			
4. Pierwsza miesiączka (wiek): / ☐ Nie pamiętam Ostatnia miesiączka (wiek): / ☐ Nie pamiętam			
5. Jeśli Pani rodziła, ile miała Pani lat podczas pierwszego porodu? / ☐ Nie dotyczy			
6. Czy stosuje Pani hormonalną terapię (zastępczą) z powodu menopauzy? ☐ Nie, ☐ Tak (jaki rodzaj)			
7. 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			
8. Czy wśród członków Pani rodziny wystąpił rak piersi? ☐ Nie ☐ Tak -u matki ☐ Tak-u siostry ☐ Tak-u córki ☐ Nie wiem			
9. Czy miała Pani zabieg chirurgiczny w obrębie piersi? ☐ Nie ☐ Tak – wymaga wypełnienia odpowiednich pól poniżej			
Pierś prawa		Pierś lewa	
☐ – z powodu raka piersi		☐ – z powodu raka piersi	
☐ zabieg oszczędzający pierś; rok:....		☐ zabieg oszczędzający pierś; rok:....	
☐ pełna mastektomia (usunięcie piersi) rok:....		☐ pełna mastektomia (usunięcie piersi) rok:....	
☐ – inny (np. implant 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			
10. Czy występują u Pani dolegliwości lub zmiany w piersiach? ☐ Nie ☐ Tak Pierś: ☐ prawa ☐ lewa			
Dolegliwość/zmiana : ☐ ból ☐ guzek, zgrubienie ☐ wciągnięcie brodawki ☐ wyciek z brodawki			
☐ zmiany na skórze piersi ☐ inne objawy (jakie):			
11. Czy miała Pani kiedykolwiek wykonywaną mammografię? ☐ Nie ☐ Tak – rok ostatniego badania / ☐ Nie pamiętam			
Ile miała Pani wykonanych wszystkich badań mammograficznych?			
12. Czy w ostatnich 4-6 tygodniach została Pani zaszczepiona? ☐ nie ☐ tak, Jeśli tak, na co?			
13. Uwagi:			
.....			
Oświadczam, że zostałam poinformowana o przeciwwskazaniach do wykonywania 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			