



Mazowiecki Szpital Onkologiczny

ul. Kościelna 61, 05-135 Wieliszew

tel. 22 766 15 00, faks 22 766 15 99

ANKIETA PRZED BADANIEM MAMMOGRAFII (MMG)

Imię i nazwisko:

PESEL

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

Prosimy o przeczytanie uważnie pytań i zakreślenie krzyżykiem „X” właściwych odpowiedzi.

Ułatwi to interpretację uzyskanego obrazu.

Jeżeli chciałaby Pani dodać jakieś własne uwagi lub informację, prosimy o dopisanie w uwagach na dole ankiety.

	Tak	Nie
1. Czy nadal Pani miesiączkuje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• data ostatniej miesiączki.....		
2. Czy przyjmowała Pani w ostatnim roku leki hormonalne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• środki antykoncepcyjne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• hormonalna terapia zastępcza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Czy miała Pani kiedykolwiek wykonywane badanie piersi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• mammografię	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• usg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• biopsję (punkcję , nakłucie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Czy miała Pani kiedykolwiek operację na piersi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• nacięcie ropnia (np. po karmieniu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• wycięcie guza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• operację plastyczną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Czy w Pani rodzinie rozpoznano kiedykolwiek raka piersi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• u matki lub siostry	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• u babki lub ciotki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• innej krewnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Czy zauważyła Pani u siebie jakiegokolwiek niepokojące objawy w obrębie piersi i okolic pachwowych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• guzek, zgrubienie- <u>proszę zaznaczyć na rysunku</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• wciągnięcie lub zniekształcenie brodawki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• wyciek, wydzielina z brodawki (ślady płynu na bieliźnie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• zmiana wyglądu skóry	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

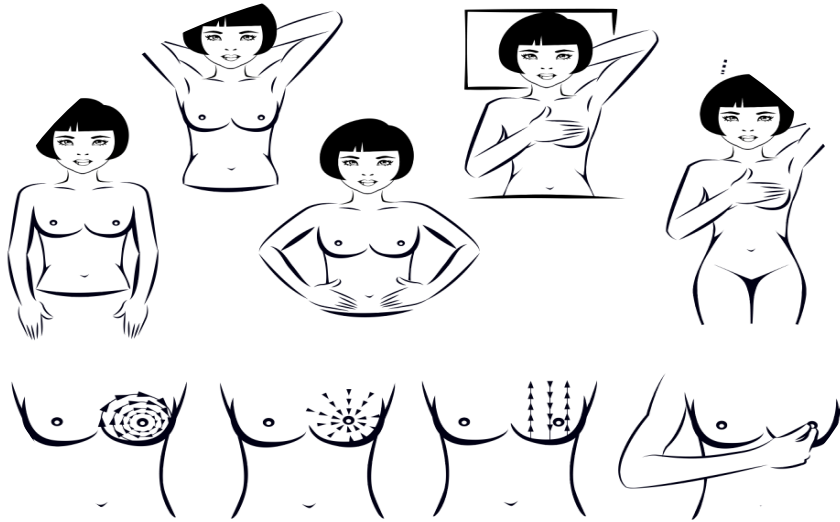


Mazowiecki Szpital Onkologiczny
ul. Kościelna 61, 05-135 Wieliszew
tel. 22 766 15 00, faks 22 766 15 99

ANKIETA PRZED BADANIEM MAMMOGRAFII (MMG)



Prosimy o zaznaczenie na rysunku „X” lokalizacji guzka, zgrubienia.



Uwagi pacjentki:.....

Wieliszew, dnia r. ✓

(czytelny podpis pacjenta)

Przedstawiciel ustawowy

Imię:

Nazwisko:

Pesel:

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

Wieliszew, dnia r.

(czytelny podpis)