



# PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI

KARTA BADANIA MAMMOGRAFICZNEGO (wypełnia lekarz)

Nr ident. pacjentki ..... Data: .....

Nazwisko: ..... Imię: .....

PESEL: /.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../...

1. Nr rundy skryningu: ..... 2. Podwójna ocena

3. Ocena techniczna: badanie: a) dobre  b) do powtórzenia

## 4. Utkanie piersi:

- a) tłuszczowe   
b) tłuszczowo-gruczołowe   
c) gruczołowo-tłuszczowe   
d) gruczołowe

## 5. Wynik:

- a) wymaga dalszych badań /wezwanie/   
b) norma /bez wezwania/   
c) zmiana łagodna /bez wezwania/   
d) zmiana prawdopodobnie łagodna /wezwanie/   
e) zmiana podejrzana /wezwanie/   
f) zmiana złośliwa /wezwanie/

## 6. Zalecenia:

- a) kontrolne badanie mammograficzne za 2 lata   
b) kontrolne badanie mammograficzne za 1 rok   
c) dalsza diagnostyka   
d) dalsza diagnostyka i konsultacja onkologiczna

## 7. Ocena wg BIRADS (skala 2-5):

	<i>Pierś</i>	<i>P</i>	<i>L</i>
a) guzek	(.....)	(.....)	(.....)
b) zaburzenie architektury	(.....)	(.....)	(.....)
c) zagęszczenie	(.....)	(.....)	(.....)
d) zwapnienia	(.....)	(.....)	(.....)
e) inne <input type="checkbox"/> (opisz jakie) .....			

## 8. Umiejscowienie i wielkość zmiany:

	<i>Pierś</i>	<i>P</i>	<i>L</i>
a) wg tarczy zegarowej („godzina”)	(.....)	(.....)	(.....)
b) zabrodawkowo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) centralnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ogon Spence’a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) wielkość (w mm)	(.....)	(.....)	(.....)
f) liczba zmian	(.....)	(.....)	(.....)

9. Porównano ze zdjęciami poprzednimi: nie  tak  data zdjęcia: .....

obraz stacjonarny: nie  tak

Uwagi .....

Sporządził:.....

Data wpisu do programu .....