

**ANKIETA DLA KOBIET
OBJĘTYCH POPULACYJNYM PROGRAMEM
WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA PIERSI**

Symbol badania:
Nr identyfikacyjny badania:

Data badania:
Numer rundy skryningowej:

Dane osobowe:

1. Nazwisko: 2. Imię:
3. PESEL: /...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../ 4. Data urodzenia:
5. Adres zamieszkania: - , ul. nr.....
6. Powiat: 7. Gmina/Dzielnica:
8. Nr telefonu : 9. Adres e-mail:
10. Czy wyraża Pani zgodę na przekazywanie informacji poprzez SMS lub e-mail? nie tak
11. Zajęcie: uczeń pracownik umysłowy pracownik fizyczny
 rolnik emeryt/rencista inny
12. Wykształcenie: niepełne/podstawowe podstawowe zas. zawodowe
 średnie niepełne wyższe wyższe
13. 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
14. Pierwsza miesiączka (wiek): / nie pamiętam, ostatnia miesiączka (wiek):/ nie pamiętam
15. Jeśli Pani rodziła, ile miała Pani lat podczas pierwszego porodu? Liczba porodów:
16. Czy przyjmuje Pani preparaty hormonalne?
 nie dawniej obecnie powyżej 5 lat
17. Czy bada Pani sobie piersi sama? nie co miesiąc czasami
18. Czy w ostatnim roku badał Pani piersi lekarz? nie tak
19. Mutacja*: nie tak
* np. **mutacja** w obrębie genu BRCA1/BRCA2 oznacza potwierdzoną specjalistycznym badaniem genetycznym skłonność do zapadania na raka piersi
20. Czy u Pani krewnych wystąpił rak piersi? nie tak
u matki przed 50-tym rokiem życia po 50-tym roku życia
u siostry przed 50-tym rokiem życia po 50-tym roku życia
u córki
u innych krewnych (podać pokrewieństwo):
21. Czy występują u Pani dolegliwości lub zmiany w piersiach? nie tak
w której piersi: prawa lewa
jakie zmiany: ból guzek, zgrubienie wciągnięcie brodawki
 wyciek z brodawki zmiany na skórze piersi
 zabieg chirurgiczny w obrębie piersi
 inne objawy (proszę podać jakie):
22. Czy miała Pani kiedykolwiek wykonywaną mammografię? nie tak
jeśli tak - w którym roku było ostatnie badanie? / nie pamiętam,
ile było wszystkich mammografii?
23. Uwagi:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.97 o Ochronie Danych Osobowych, Dz. Ust. Nr 133 poz. 883, w szczególności przekazanych przeze mnie danych oraz wyników badań dla potrzeb realizacji i monitorowania profilaktycznych programów zdrowotnych.

Wyrażam zgodę na przesyłanie pocztą prawidłowego wyniku badania oraz przekazanie pocztą e-mail/ przekazanie drogą SMS*** zawiadomienia o kolejnej wizycie.