

ANKIETA DLA KOBIET
OBJĘTYCH POPULACYJNYM PROGRAMEM
WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA SZYJKI MACICY

Symbol badania: Data badania:

Nr identyfikacyjny badania:

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. Czy wyraża Pani zgodę na przekazywanie informacji poprzez SMS lub e-mail? nie tak

10. Nr telefonu komórkowego: 11. Adres e-mail:

12. Zajęcie: uczeń pracownik umysłowy pracownik fizyczny
 rolnik emeryt/rencista inny

13. Wykształcenie: niepełne podstawowe podstawowe zas. zawodowe
 średnie niepełne wyższe wyższe

14. 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

15. Pierwsza miesiączka (wiek): / nie pamiętam,
ostatnia miesiączka (wiek):/ nie pamiętam*, (*) w przypadku zaprzestania miesiączkowania)
ostatnia data**: (***) w przypadku miesiączkowania)

16. Liczba porodów:

17. Czy pali Pani papierosy lub inne wyroby tytoniowe? nie tak przestała

18. Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne? nie tak

19. Czy przechodziła Pani hormonoterapię? nie tak

20. Czy stosuje Pani IUD? nie tak

21. Data ostatniego badania cytologicznego: wynik

22. Obecność DNA HPV wysokiego ryzyka: nie tak

23. Ocena makroskopowa szyjki macicy:

- stan zapalny kłykcina (brodawczak)
 nadżerka (ektopia) zniekształcenie
 przerost martwica
 polip guz (naciek)
 owrzodzenie inne

24. Uwagi:

.....

.....

(podpis i pieczęć lekarza wykonującego badanie)

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.

Wysłano do pracowni dnia:

F 0100 CPMiPZ

.....

(podpis pacjentki)