

**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: <input type="checkbox"/> przychodnia POZ: <input type="checkbox"/> lekarz POZ, <input type="checkbox"/> koordynator opieki POZ, <input type="checkbox"/> położna/pielęgniarka POZ <input type="checkbox"/> lekarz specjalista <input type="checkbox"/> prasa, radio, telewizja, Internet                       Indywidualne zaproszenie od realizatora programu: <input type="checkbox"/> list, <input type="checkbox"/> telefon, <input type="checkbox"/> sms <input type="checkbox"/> inne			
1. Czy jest Pani objęta „Opieką nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi lub raka jajnika”? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak			
2. Czy jest Pani objęta leczeniem onkologicznym z powodu raka piersi, w tym „Kompleksową opieką onkologiczną nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi”? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak			
3. Czy jest Pani w ciąży? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak			
4. Pierwsza miesiączka (wiek): ..... / <input type="checkbox"/> Nie pamiętam		Ostatnia miesiączka (wiek): ..... / <input type="checkbox"/> Nie pamiętam	
5. Jeśli Pani rodziła, ile miała Pani lat podczas pierwszego porodu? ..... / <input type="checkbox"/> Nie dotyczy			
6. Czy stosuje Pani hormonalną terapię (zastępczą) z powodu menopauzy? <input type="checkbox"/> Nie, <input type="checkbox"/> Tak (jaki rodzaj) .....			
7. Czy kiedykolwiek wykonywała Pani badanie genetyczne, w kierunku predyspozycji do zachorowania na raka piersi? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak, Jeśli tak, to jaki był wynik badania: <input type="checkbox"/> mutacja BRCA1 <input type="checkbox"/> mutacja BRCA2 <input type="checkbox"/> inna (jaka)..... <input type="checkbox"/> Nie wiem			
8. Czy wśród członków Pani rodziny wystąpił rak piersi? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak -u matki <input type="checkbox"/> Tak-u siostry <input type="checkbox"/> Tak-u córki <input type="checkbox"/> Nie wiem			
9. Czy miała Pani zabieg chirurgiczny w obrębie piersi? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak – wymaga wypełnienia odpowiednich pól poniżej			
Piersz prawa <input type="checkbox"/> – z powodu raka piersi <input type="checkbox"/> zabieg oszczędzający pierś; rok:.... <input type="checkbox"/> pełna mastektomia (usunięcie piersi) rok:.... <input type="checkbox"/> – inny (np. implant piersi), rok:..... jaki?:.....	Piersz lewa <input type="checkbox"/> – z powodu raka piersi <input type="checkbox"/> zabieg oszczędzający pierś; rok:.... <input type="checkbox"/> pełna mastektomia (usunięcie piersi) rok:.... <input type="checkbox"/> – inny (np. implant piersi), rok:..... jaki?:.....		
Oświadczam, że jestem po leczeniu chirurgicznym raka piersi, od którego minęło 5 lat i pozostaję w trakcie uzupełniającej hormonoterapii (HT) <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak			
Oświadczam, że zakończyłam leczenie raka piersi i 5-letni proces monitorowania po zakończonym leczeniu <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak			
10. Czy występują u Pani dolegliwości lub zmiany w piersiach? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak		Pierś: <input type="checkbox"/> prawa <input type="checkbox"/> lewa	
Dolegliwość/zmiana : <input type="checkbox"/> ból <input type="checkbox"/> guzek, zgrublenie <input type="checkbox"/> wciągnięcie brodawki <input type="checkbox"/> wyciek z brodawki			
<input type="checkbox"/> zmiany na skórze piersi <input type="checkbox"/> Inne objawy (jakie): .....			
11. Czy miała Pani kiedykolwiek wykonywaną mammografię? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak – rok ostatniego badania .... / <input type="checkbox"/> Nie pamiętam			
Ile miała Pani wykonanych wszystkich badań mammograficznych? .....			
12. Czy w ostatnich 4-6 tygodniach została Pani zaszczepiona? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak, Jeśli tak, na co? .....			
13. Uwagi:			
.....			
Oświadczam, że zostałam poinformowana o przeciwwskazaniach do wykonywania badania (np. ciąża) <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak			
Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania mammograficznego w „Programie profilaktyki raka piersi” <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak.			
Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonu lub adresu e-mail w celu przekazania informacji o dalszym udziale w programie* <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak			

Miejscowość i data

Podpis świadczeniobiorcy

**KARTA BADANIA MAMMOGRAFICZNEGO (wypełnia lekarz)**

Data wpisu do programu .....