Ankieta kwalifikująca do programu profilaktyki raka piersi

Nr identyfikacyjny badania: . . . . . Data badania: dd/mm/rrrr . . . . . .

Symbol badania: . . . . . Numer rundy skryningowej: . . . . . .

WYPEŁNIA PERSONEL

PESEL: . . . . . Adres zamieszkania:

Nazwisko: . . . . . + ul.: . . . . . .

Imię: . . . . . + kod pocztowy: . . . . . .

Wiek: . . . . . + miejscowość: . . . . . .

Nr telefonu*: . . . . . Adres e-mail*: . . . . . .

Z uwagi na Pani bezpieczeństwo prosimy o dokładne wypełnienie ankiety

(właściwą odpowiedź zaznacz stawiając znak „X" w odpowiedniej kratce)

1. Czy miała Pani kiedykolwiek wykonywaną mammografię?

☐ NIE | ☐ TAK | ☐ Tak – rok ostatniego badania. . . . . | ☐ Nie pamiętam

Ile miała Pani wykonanych wszystkich badań mammograficznych? . . . . . .

2. Czy jest Pani objęta *„Opieką nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi lub raka jajnika"*? — TAK ☐ | NIE ☐

3. Czy jest Pani objęta leczeniem onkologicznym z powodu raka piersi, w tym *„Kompleksową opieką onkologiczną nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi"*? — TAK ☐ | NIE ☐

4. Czy jest Pani w ciąży? — TAK ☐ | NIE ☐

5. Pierwsza miesiączka (wiek): . . . . . / ☐ Nie pamiętam Ostatnia miesiączka (wiek): . . . . . / ☐ Nie pamiętam

6. Jeśli Pani rodziła, ile miała Pani lat podczas pierwszego porodu? . . . . . / ☐ Nie dotyczy

7. Czy stosuje Pani hormonalną terapię (zastępczą) z powodu menopauzy?

NIE ☐

TAK ☐ Jaki rodzaj?

. . . . . .

8. Czy kiedykolwiek wykonywała Pani badanie genetyczne, w kierunku predyspozycji do zachorowania na raka piersi?

☐ NIE | ☐ TAK, Jeśli tak, to jaki był wynik badania: ☐ mutacja BRCA1 ☐ mutacja BRCA2 ☐ inna (jaka) . . . . . ☐ Nie wiem

9. Czy wśród członków Pani rodziny wystąpił rak piersi?

☐ NIE | ☐ TAK – u matki ☐ TAK – u siostry ☐ TAK – u córki ☐ Nie wiem

Diagnostyka+ obrazowa

Ankieta kwalifikująca do programu profilaktyki raka piersi

10. Czy miała Pani zabieg chirurgiczny w obrębie piersi? ☐ NIE | ☐ TAK – wymaga wypełnienia odpowiednich pól poniżej

PIERŚ PRAWA

☐ z powodu raka piersi

☐ zabieg oszczędzający pierś; rok: .....

☐ pełna mastektomia (usunięcie piersi) rok: .....

☐ inny (np. implant piersi), rok: .....

jaki? .....

PIERŚ LEWA

☐ z powodu raka piersi

☐ zabieg oszczędzający pierś; rok: .....

☐ pełna mastektomia (usunięcie piersi) rok: .....

☐ 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) ☐ NIE | ☐ TAK

Oświadczam, że zakończyłam leczenie raka piersi i 5-letni proces monitorowania po zakończonym leczeniu ☐ NIE | ☐ TAK

11. Czy występują u Pani dolegliwości lub zmiany w piersiach? ☐ NIE | ☐ TAK ☐ Pierś prawa | ☐ Pierś lewa

Dolegliwość/zmiana: ☐ ból | ☐ guzek, zgrubienie | ☐ wciągnięcie brodawki | ☐ wyciek z brodawki | ☐ zmiany na skórze piersi

☐ inne objawy (jakie): .....

13. Czy w ostatnich 4-6 tygodniach została Pani zaszczepiona? ☐ NIE | ☐ TAK – jeśli tak, na co? .....

13. Uwagi .....

.....

.....

Informację o badaniu uzyskałam z:

przychodnia POZ:
- ☐ lekarz POZ,
- ☐ koordynator opieki POZ,
- ☐ położna/pielęgniarka POZ.
- ☐ lekarz specjalista

☐ lekarz specjalista

☐ prasa, radio, telewizja, Internet

indywidualne zaproszenie od realizatora programu:
- ☐ list, ☐ telefon, ☐ sms

☐ inne

Oświadczam, że zostałam poinformowana o przeciwskazaniach do wykonywania badania (np. ciąża) ☐ NIE | ☐ TAK

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania mammograficznego w *„Programie profilaktyki raka piersi”* ☐ NIE | ☐ TAK

Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonu lub adresu e-mail w celu przekazania informacji o dalszym udziale w programie* ☐ NIE | ☐ TAK

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis świadczeniobiorcy