

## ANKIETA PRZED BADANIEM MR PIERSI

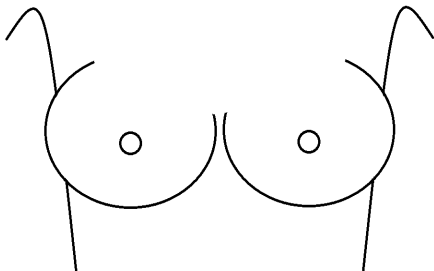
(prosimy o wypełnienie **drukowanymi literami** oraz postawienie **×** przy właściwej odpowiedzi)

**Nazwisko:** .....

**Imię:** .....

**DATA OSTATNIEJ MIESIĄCZKI**  
(pierwszy dzień krwawienia):

.....

| Prosimy o postawienie <b>×</b> przy właściwej odpowiedzi: ↓                                                                                                                                | Proszę podać szczegóły w przypadku twierdzącej odpowiedzi po lewej stronie:                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Czy stosowała/stosuje Pani Doustną Antykoncepcję? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie                                                                                | kiedy została odstawiona?                                                                                                                                                                                                 |
| Czy stosowała/stosuje Pani Hormonalną Terapię Zastępczą (HTZ)? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie                                                                   | kiedy została odstawiona?                                                                                                                                                                                                 |
| Czy miała Pani wykonaną operację / zabieg w okolicy piersi? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie                                                                      | jaki? <input type="checkbox"/> operacja chirurgiczna <input type="checkbox"/> biopsja gruboigłowa <input type="checkbox"/> biopsja cienkoigłowa <input type="checkbox"/> radioterapia <input type="checkbox"/> inny ..... |
| Jeśli tak, której piersi dotyczył? <input type="checkbox"/> lewej <input type="checkbox"/> prawej                                                                                          | kiedy? .....                                                                                                                                                                                                              |
| Czy miała Pani badanie genu BRCA 1 <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie                                                                                               | Jeśli potwierdzono mutację proszę zaznaczyć którą?<br><input type="checkbox"/> BRCA 1<br><input type="checkbox"/> BRCA 2<br><input type="checkbox"/> inna .....                                                           |
| Czy miała Pani badanie genu BRCA 2 <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                           |
| Czy u kogoś w rodzinie potwierdzono nowotwór piersi? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie                                                                             | u kogo?                                                                                                                                                                                                                   |
| Czy poprzednio wykonywano u Pani badania piersi? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie<br>(jeśli tak, wskazane jest dostarczenie wyników spoza naszej placówki BCO-SM) | jaki? <input type="checkbox"/> rezonans magnetyczny <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> mammografia <input type="checkbox"/> inne .....                                                                 |
| Czy odczuwa Pani zlokalizowany ból piersi <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie                                                                                        | Proszę wskazać miejsce bólu/ guzka                                                                                                                                                                                        |
| Czy wyczuwa Pani guzek piersi /pachy <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie                                                                                             |                                                                                                                                      |
| Inne objawy (np. wyciek z brodawki, dyskomfort, zgrubienia, zmiany skórne) <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie                                                       | jaki i gdzie?                                                                                                                                                                                                             |