



Ankieta przed wykonaniem usg piersi

data

Szanowna Pani, prosimy o wypełnienie poniższej ankiety. Informacje w niej zawarte będą pomocne przy ocenie badania usg piersi.

1. Jaki jest powód zgłoszenia się na usg piersi?
.....
2. Czy jest to pierwsze badanie piersi? TAK NIE
Czy jest to kolejne usg piersi? TAK NIE
jeśli jest to kolejne badanie to proszę podać datę ostatniego badania
3. Czy ma Pani ze sobą posiadaną dokumentację dotyczącą wykonanych badań obrazowych piersi jak usg i mammografia? TAK NIE
4. Czy ma Pani jakieś niepokojące objawy dotyczące piersi TAK NIE
jeśli TAK- jakie.....
5. Czy była wykonana kiedykolwiek mammografia? TAK NIE
jeśli TAK to kiedy było ostatnie badanie.....
6. Czy były wykonywane zabiegi operacyjne piersi? TAK NIE
jeśli TAK to kiedy.....
7. Czy były wykonywane biopsje cienkoigłowe i gruboigłowe piersi? TAK NIE
jeśli TAK proszę opisać kiedy i jakie.....
8. Czy przed badaniem usg udostępniła Pani lekarzowi kierującemu wyniki biopsji cienkoigłowej i grubo igłowej lub kartę leczenia operacyjnego piersi? TAK NIE
jeśli TAK to proszę opisać jakie.....
czy posiada Pani ww wyniki/kartę ze sobą? TAK NIE
9. Jeśli była wykonywana biopsja piersi to czy wystąpiły jakiegokolwiek powikłania po badaniu? TAK NIE
jeśli TAK to proszę podać jakie.....
10. Czy Pani miesiączkuje? TAK NIE
w przypadku odpowiedzi TAK- proszę podać datę ostatniej miesiączki oraz liczbę dni od ostatniej miesiączki
11. Czy rodziła Pani dzieci? TAK NIE
w przypadku odpowiedzi TAK- prosimy podać liczę dzieci i datę porodu
1..... 2..... 3.....
12. Czy karmiła Pani piersią? TAK NIE
w przypadku odpowiedzi TAK- jak długo
13. Czy przyjmuje Pani leki hormonalne? (antykontracepcja hormonalna, hormonalna terapia zastępcza) TAK NIE
jeśli TAK, prosimy podać nazwę leku
14. Czy w rodzinie z I stopniem pokrewieństwa (matka, siostra) występowały przypadki raka piersi i/lub jajnika i/lub jelita grubego? TAK NIE
jeśli TAK – czy rak piersi (lub pozostałe)wystąpiły przed 40tym rokiem życia?
15. Czy w rodzinie z dalszym stopniem pokrewieństwa występowały nowotwory piersi, jajnika, jelita grubego? TAK NIE
16. Czy regularnie prowadzi Pani samokontroale piersi? TAK NIE

Nazwisko

Imię

Data urodzenia

Dziękujemy za poświęcony czas.