

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: ☐ przychodnia POZ: ☐ lekarz POZ, ☐ lekarz specjalista ☐ prasa, radio, telewizja, Internet ☐ indywidualne zaproszenie od realizatora programu: ☐ list, ☐ telefon, ☐ sms ☐ inne	
1. Czy jest Pani objęta „Opieką nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi lub raka jajnika”? ☐ Nie ☐ Tak	
2. Czy jest Pani objęta leczeniem onkologicznym z powodu raka piersi, w tym „Kompleksową opieką onkologiczną nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi”? ☐ Nie ☐ Tak	
3. Czy jest Pani w ciąży? ☐ Nie ☐ Tak	
4. Pierwsza miesiączka (wiek): / ☐ Nie pamiętam Ostatnia miesiączka (wiek): / ☐ Nie pamiętam	
5. Jeśli Pani rodziła, ile miała Pani lat podczas pierwszego porodu? / ☐ Nie dotyczy	
6. Czy stosuje Pani hormonalną terapię (zastępczą) z powodu menopauzy? ☐ Nie, ☐ Tak (jaki rodzaj)	
7. 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	
8. Czy wśród członków Pani rodziny wystąpił rak piersi? ☐ Nie ☐ Tak -u matki ☐ Tak-u siostry ☐ Tak-u córki ☐ Nie wiem	
9. 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	
10. Czy występują u Pani dolegliwości lub zmiany w piersiach? ☐ Nie ☐ Tak Pierś: ☐ prawa ☐ lewa Dolegliwość/zmiana : ☐ ból ☐ guzek, zgrubienie ☐ wciągnięcie brodawki ☐ wyciek z brodawki ☐ zmiany na skórze piersi ☐ inne objawy (jakie):	
11. Czy miała Pani kiedykolwiek wykonywaną mammografię? ☐ Nie ☐ Tak – rok ostatniego badania / ☐ Nie pamiętam Ile miała Pani wykonanych wszystkich badań mammograficznych?	
12. Czy w ostatnich 4-6 tygodniach została Pani zaszczepiona? ☐ nie ☐ tak, Jeśli tak, na co?	
13. Uwagi:	
Oświadczam, że zostałam poinformowana o przeciwwskazaniach 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