

# ANKIETA DO BADANIA REZONANSEM MAGNETYCZYM [MR] PIERSI

## WYPEŁNIA PACJENT


Imię i nazwisko	<input type="text"/>												
Adres	<input type="text"/>												
Telefon	<input type="text"/>	Waga	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wybraną odpowiedź prosimy zaznaczyć krzyżykiem, np.

1. Czy odczuwa Pani (proszę zaznaczyć właściwe):

	TAK	NIE
ból piersi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dyskomfort piersi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wyczuwa guzek/zgrubienie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Proszę na poniższym schemacie zaznaczyć miejsce:



2. Proszę podać datę ostatniej miesiączki (datę pierwszego dnia krwawienia):

Wybraną odpowiedź prosimy zaznaczyć krzyżykiem, np.

	TAK	NIE
3. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy była poddana Pani Radioterapii?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy była wykonana u Pani biopsja gruboigłowa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy stosowana była u Pani hormonalna terapia zastępcza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Czy przyjmuje Pani leki antykoncepcyjne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Czy w rodzinie występowały nowotwory piersi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Proszę napisać u kogo:

8. Czy miała Pani badanie (proszę zaznaczyć właściwe):

	TAK	NIE
genu BRCA 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
genu BRCA 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Proszę napisać jakie badania piersi miała Pani wykonane do tej pory (proszę dołączyć wyniki):