

# Ankieta

Przed wykonaniem badania usg piersi

Data: .....

Nazwisko:.....

Imię:.....

Data urodzenia:.....

Szanowna Pani,

Prosimy o wypełnienie poniższej ankiety. Informacje w niej zawarte będą pomocne przy ocenie badania usg piersi.

1. Czy badanie usg piersi wykonuje Pani:  na własne życzenie  na skierowanie lekarza

2. Jaki jest powód zgłoszenia się na wykonanie usg piersi? .....

3. Czy jest to:  pierwsze badanie usg piersi?

kolejne badanie usg piersi?

Jeśli jest to kolejne badanie to proszę podać datę ostatniego badania .....

4. Czy ma Pani z sobą posiadaną dokumentację dotyczącą wykonanych badań obrazowych piersi jak usg i mammografia?  tak  nie

5. Czy ma Pani jakieś niepokojące objawy dotyczące piersi?  tak  nie

Jeśli TAK – jakie .....

6. Czy była u Pani wykonywana kiedykolwiek mammografia?  tak  nie

Jeśli TAK to kiedy było ostatnie badanie .....

7. Czy były u Pani wykonywane zabiegi operacyjne piersi?  tak  nie

Jeśli TAK to jakie i kiedy .....

8. Czy były u Pani wykonywane biopsje cienkoigłowe i gruboigłowe piersi?  tak  nie

Jeśli TAK proszę opisać jakie i kiedy.....

9. Czy lekarz kierujący Panią na badanie widział Pani wyniki biopsji cienkoigłowej i gruboigłowej lub kartę leczenia operacyjnego piersi?  tak  nie  
 nie dotyczy

Jeśli widział (TAK) to proszę opisać które .....

Czy posiada Pani ww. wyniki/ kartę ze sobą?  tak  nie

9. Jeśli była u Pani 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 ..... liczbę dni od ostatniej miesiączki .....

11. Czy rodziła Pani dzieci?  tak  nie

W przypadku odpowiedzi TAK- prosimy podać:

- liczbę dzieci ..... wiek dzieci ....., ....., ....., .....

12. Czy karmiła Pani piersią?  tak  nie

W przypadku odpowiedzi TAK prosimy podać:

- datę od kiedy .....

- jak długo: ..... miesięcy

13. Czy przyjmuje Pani leki hormonalne? (antykontracepcja hormonalna, hormonalna terapia zastępcza)  tak  nie

Jeśli TAK, prosimy podać nazwę leku .....

14. Czy u Pani krewnych z I stopniem pokrewieństwa (matka, siostra) występowały przypadki:

raka piersi  raka jajnika  jelita grubego?

Jeśli TAK – czy wystąpiły przed 40 rokiem życia?  tak  nie

15. Czy w rodzinie z dalszym stopniem pokrewieństwa występowały nowotwory:

raka piersi  raka jajnika  jelita grubego  nie występowały

16. Czy prowadzi Pani samobadanie piersi?

regularnie  nieregularnie

**Dziękujemy za poświęcony czas.**