



ANKIETA PRZED BADANIEM REZONANSU MAGNETYCZNEGO PIERSI Z PODANIEM ŚRODKA KONTRASTOWEGO

DO 3

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

NAZWA KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ
(ODDZIAŁ/PORADNIA)*

PESEL*:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL –rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

*dotyczy pacjentów szpitala

1. Jakie dolegliwości występują u Pani i od kiedy (np. wyczuwalny guzek, ból, wyciek z brodawki, zniekształcenie piersi, wyczuwalne węzły chłonne, itp.)?

-

-

2. Jakie badania dotychczas wykonywano? – proszę załączyć **kopię wyników:**

- mammografia -
- USG -
- MRI -
- biopsje -

3. Czy była Pani operowana (kiedy, z jakiego powodu, proszę załączyć kartę informacyjną)?

-

.....

4. Czy była Pani leczona z powodu raka piersi (kiedy, czy stosowano radioterapię, chemioterapię, hormonoterapię – proszę załączyć karty informacyjne)?

-

5. Czy w rodzinie występowały zachorowania na raka piersi (jeśli tak, to kogo dotyczyły)?

-

-

6. Czy miała Pani wykonywane badania genetyczne? Jeśli występuje mutacja, proszę podać jaka?

-

7. Czy stosuje Pani hormonalną terapię zastępczą, antykoncepcję hormonalną lub inne leczenie hormonalne (proszę o podanie nazwy)?

-

8. Data ostatniej miesiączki -

Poznań, dnia

Podpis pacjenta