

Nr.

ANKIETA DLA KOBIET OBJĘTYCH PROGRAMEM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI

Nazwisko.....Numer telefonu komórkowego.....

Imię.....wykształcenie.....

PESEL.....e-mail.....

adres.....zajęcie.....

1. Czy wyraża Pani zgodę na przetwarzanie informacji poprzez SMS lub e-mail TAK/NIE

2. Informacje o badaniach profilaktycznych uzyskała Pani od:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> lekarz POZ | <input type="checkbox"/> zaproszenie SMS |
| <input type="checkbox"/> lekarz specjalista | <input type="checkbox"/> imienne zaproszenie otrzymane pocztą |
| <input type="checkbox"/> położna lub pielęgniarzka środowiskowa | <input type="checkbox"/> inne źródła |
| <input type="checkbox"/> prasa, radio, telewizja, internet | |

INFORMACJE O STANIE ZDROWIA

1. Pierwsza miesiączka (wiek) Ostatnia miesiączka (wiek).....

2. Jeśli Pani rodziła, to ile lat Pani miała w czasie pierwszego porodu?

3. Czy przyjmuje Pani preparaty hormonalne?

- nie dawniej obecnie powyżej 5 lat jeśli tak, to jakie?.....

4. Czy bada Pani sobie piersi?

- 1) nie 2) tak jeśli tak, to jak często co miesiąc czasami

5. Czy w ostatnim roku lekarz badał Pani piersi?

- 1) nie 2) tak

6. Mutacja:

- 1) nie 2) tak

7. Czy u krewnych Pani wystąpił rak piersi?

- 1) nie 2) tak

Jeśli tak, to u kogo?

- | | | |
|---|--|---|
| a) u matki <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> tak (przed 50 rokiem życia) | <input type="checkbox"/> tak (po 50 roku życia) |
| b) u siostry <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> tak (przed 50 rokiem życia) | <input type="checkbox"/> tak (po 50 roku życia) |
| c) u córki <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> tak | |
| d) u innych krewnych (podać pokrewieństwo)..... | | |

8. Czy występują u Pani dolegliwości lub zmiany w piersiach?

- 1) nie
2) tak w której piersi prawa lewa

- | | |
|--|--|
| a) <input type="checkbox"/> ból | e) <input type="checkbox"/> zmiany na skórze piersi (np. blizny) |
| b) <input type="checkbox"/> guzek, zgrubienie | f) <input type="checkbox"/> zabieg chirurgiczny w obrębie piersi |
| c) <input type="checkbox"/> wciągnięcie brodawki | h) <input type="checkbox"/> inne objawy jakie? (Proszę opisać) |
| d) <input type="checkbox"/> wyciek z brodawki | |

9. Czy miała Pani kiedykolwiek wykonywaną mammografię? 1) nie 2) tak

Jeśli tak, w którym roku było ostatnie badanie..... Ile było wszystkich mammografii?

10. Czy posiada Pani poprzednie zdjęcia mammograficzne? 1) nie 2) tak

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 9.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.) w szczególności przekazanych przeze mnie danych oraz wyników badań dla potrzeb realizacji i monitorowania profilaktycznych programów zdrowotnych.

.....
miejscość

.....
czytelny podpis świadczeniobiorcy