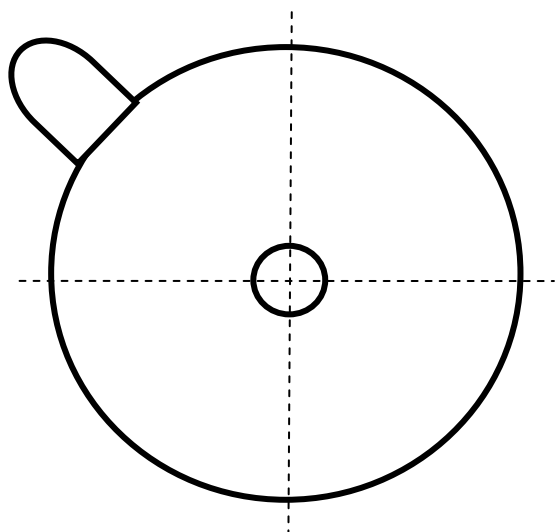
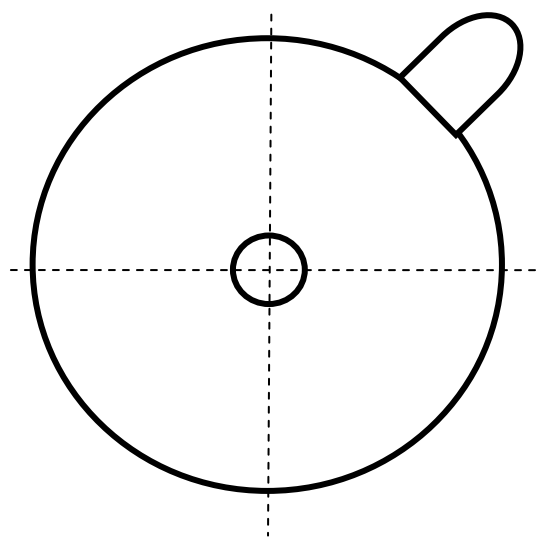


**ANKIETA PRZED BADANIEM PIERSI W MRI**

Nazwisko:	Wiek:	Uwagi:																		
Imię:																				
Pesel <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																				
Data badania:																				

1. Czy w Pani rodzinie wystąpił rak piersi?  
 matka     siostra     babka     inne osoby: .....
2. Czy Pani miesiączkuje?  
 Tak, data ostatniej miesiączki: .....     Nie, rok ostatniej miesiączki : .....
3. Czy przyjmuje Pani terapię hormonalną lub hormonalne środki antykoncepcyjne?  
 Tak, jak długo: .....     Nie
4. Czy miała Pani zabieg w obrębie piersi?     Tak, której: ( PRAWA/  LEWA)     Nie
5. W jakim czasie wykonano zabieg? ..... Czy minęło już 12 miesięcy?  Tak     Nie
6. Jakiego rodzaju to był zabieg?  
 biopsja gruboigłowa, czy minęło już 6 miesięcy?  Tak     Nie  
 usunięcie łagodnego guzka  
 operacja z powodu raka piersi
7. Czy miała Pani radioterapię piersi lub śródpiersia?  Tak, kiedy: .....     Nie
8. Kiedy była, wykonana ostatnia mammografia? .....
9. Kiedy było wykonane ostatnie USG piersi? .....
10. Czy ma Pani jakieś dolegliwości w obrębie piersi, np. ból, wyczuwalny guzek, wyciek z brodawki lub inne? Proszę opisać poniżej:  
 .....  
 .....
11. Proszę zaznaczyć na poniższym schemacie piersi ewentualne blizny po zabiegach i/lub miejsca dające dolegliwości.


**PIERŚ PRAWA**

**PIERŚ LEWA**

Czytelny podpis Pacjentki: .....