

**ANKIETA DLA KOBIET OBJĘTYCH POPULACYJNYM PROGRAMEM
WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA PIERSI**

Nr identyfikacyjny badania: Data badania:
 Symbol badania: Numer rundy skryningowej:

Adres zamieszkania

1. PESEL: 5. Kod, Miasto:
 2. Nazwisko: 6. Gmina/Dzielnica:
 3. Imię: 7. Ulica:
 4. Data urodzenia: 8. Nr telefonu:

9. Czy wyraża Pani zgodę na przekazywanie informacji poprzez SMS lub e-mail?
 10. Nr telefonu komórkowego: 11. Adres e-mail:

12. Zajęcie: uczeń pracownik umysłowy pracownik fizyczny
 rolnik emeryt/rencista inny

13. Wykształcenie: niepełne podstawowe podstawowe zas. zawodowe
 średnie niepełne wyższe wyższe

14. Informację o badaniach profilaktycznych uzyskała Pani od:
 lekarz POZ zaproszenie SMS
 lekarz specjalista imienne zaproszenie otrzymane pocztą
 położna lub pielęgniarka środowiskowa inne źródła, jakie?
 prasa, radio, telewizja, Internet

15. Pierwsza miesiączka (wiek): / nie pamiętam ostatnia miesiączka (wiek): / nie pamiętam

16. Jeśli Pani rodziła, ile miała Pani lat podczas pierwszego porodu?

17. Czy przyjmuje Pani preparaty hormonalne?
 nie dawniej obecnie powyżej 5 lat

18. Czy bada Pani sobie piersi sama? nie co miesiąc czasami

19. Czy w ostatnim roku badał Pani piersi lekarz? nie tak

20. Mutacja: nie tak

21. Czy u Pani krewnych wystąpił rak piersi? nie tak
 u matki nie tak (przed 50-tym rokiem życia) tak (po 50-tym roku życia)
 u siostry nie tak (przed 50-tym rokiem życia) tak (po 50-tym roku życia)
 u córki nie
 u innych krewnych (podać pokrewieństwo):

22. Czy występują u Pani dolegliwości lub zmiany w piersiach? nie tak
 w której piersi: prawa lewa
 jakie zmiany: ból guzek, zgrubienie wciągnięcie brodawki
 wyciek z brodawki zmiany na skórze piersi
 zabieg chirurgiczny w obrębie piersi
 inne objawy (proszę podać jakie):

23. Czy miała Pani kiedykolwiek wykonywaną mammografię? nie tak
 jeśli tak - w którym roku było ostatnie badanie? / nie pamiętam
 ile było wszystkich mammografii?

24. Uwagi:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922), w szczególności przekazanych przeze mnie danych oraz wyników badań dla potrzeb realizacji i monitorowania profilaktycznych programów zdrowotnych. (obowiązkowe)

Wyrażam zgodę na przysłanie pocztą prawidłowego wyniku badania oraz przekazanie pocztą e-mail/ przekazanie drogą SMS zawiadomienia o kolejnej wizycie. (nieobowiązkowe, niepotrzebne skreślić)

.....
 Miejscowość i data

.....
 podpis świadczeniobiorcy