Kwestionariusz medyczny
przed wykonaniem badania MR

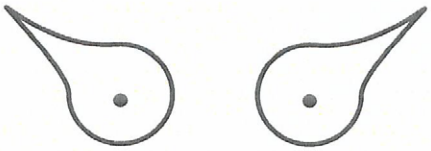
ZDROWIE

Nazwisko i imię pacjenta	PESEL

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza.
Wszystkie informacje medyczne są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne.

Czy występuje u Pana/Pani:

1. Czy występuje u Pani wyciek z piersi? ☐ tak ☐ nie
   Jeśli tak, proszę zaznaczyć kolor: przezroczysty/krwisty/inny
2. Czy występuje u Pani guzek w piersi? ☐ tak ☐ nie
3. Czy występuje u Pani ból piersi? ☐ tak ☐ nie
4. Czy w Pani rodzinie występowały przypadki nowotworu piersi? ☐ tak ☐ nie
   Jeśli tak, proszę podać wiek, w którym wystąpiły zachorowania: .....matka .....siostra .....babka .....inni
5. Czy Pani miesiączkuje? ☐ tak ☐ nie
   Jeśli tak, proszę podać datę ostatniej miesiączki: .....
   Jeśli nie, proszę podać rok, w którym wystąpiła ostatnia miesiączka: .....
6. Czy stosuje Pani hormonalną terapię zastępczą (HTZ)? ☐ tak ☐ nie
   Jeśli tak, proszę podać jak długo: .....
7. Czy ma Pani wkładkę domaciczną (IUD) Mierna lub inną? ☐ tak ☐ nie
8. Czy jest Pani w ciąży? ☐ tak ☐ nie
9. Czy karmi Pani piersią? ☐ tak ☐ nie
10. Czy miała Pani wykonywane zabiegi w obrębie piersi? ☐ tak ☐ nie
    Jeśli tak, jakiego rodzaju: .....
    - biopsja zmiany łagodnej ☐ pierś lewa ☐ pierś prawa
    - usunięcie guzka łagodnego ☐ pierś lewa ☐ pierś prawa
    - zabieg oszczędzający (usunięcie zmiany złośliwej) ☐ pierś lewa ☐ pierś prawa
    - mastektomia ☐ pierś lewa ☐ pierś prawa
11. Czy ma Pani wszczepione implanty piersi? ☐ tak ☐ nie
    Jeśli tak, proszę podać stronę: ☐ tak ☐ nie
    Jeśli tak, proszę podać, rodzaj implantu: silikonowy/z soli fizjologicznej/ekspander/ekspanderoproteza
12. Czy miała Pani radioterapię piersi (naświetlanie)? ☐ tak ☐ nie
    Jeśli tak, proszę podać stronę: ☐ tak ☐ nie
    Jeśli tak, proszę podać w którym roku: .....
13. Data ostatniej mammografii: .....
14. Czy wyczuwa Pani guzki, zgrubienia w obrębie piersi? ☐ tak ☐ nie
    Jeśli tak, proszę zaznaczyć obok .....



Miejscowość i data	Podpis pacjenta lub jego prawnego opiekuna

* Załącznik nr 2 do kwestionariusza medycznego przed wykonaniem badania MR

TOMMA Diagnostyka Obrazowa S. A., Poznań 60-147, ul. Piotra Ściegiennego 84 a, NIP: 777-10-59-609, Sąd Rejonowy Poznań - Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu
VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, Numer KRS: 0000631790. Wysokość kapitału zakładowego: 150 000,00 zł.