

Imię i nazwisko.....

1. Czy była wykonywana biopsja piersi
- TAK NIE
- jeśli tak, proszę podać kiedy.....
- jaka CIENKOIGŁOWA GRUBOIGŁOWA
- pod kontrolą USG / stereotaktyczna / MRI
- jaki był wynik cytologiczny/histopatologiczny
-
2. Czy były operacje piersi*?
- TAK NIE
- jakie?
- kiedy?
- jaki był wynik histopatologiczny?
3. Czy była Pani leczona z powodu raka piersi?
- TAK NIE
- jeżeli tak, proszę podać jakie to było leczenie
- kiedy się zakończyło?
4. W przypadku implantów:
- kiedy były wszczepione?
- jakie? JEDNOKOMOROWE / DWUKOMOROWE
- czym wypełnione? SILIKON / SÓL FIZJOLOGICZNA / OBIE SUBSTANCJE
5. Jaki jest powód badania MR (co jest niepokojącego?)
-
6. Dotychczasowe badania piersi MAMMOGRAFIA / USG
7. Przebyta CHEMIOTERAPIA / RADIOTERAPIA
8. Objawy (zmiany wyczuwalne palpacyjnie, ból, wyciek z brodawki)

9. Faza cyklu (u kobiet w wieku przedmenopauzalnym)
- data ostatniej miesiączki
10. Terapia hormonalna (antykonieczpcyjna, hormonalna terapia zastępcza)
-
11. Dodatkowe uwagi
-
-