

DOTAZNÍK K VYŠETRENIU MAMOGRAFIU (MMG)

Na účely poskytnutia zdravotnej starostlivosti vyplňte, prosím, tento dotazník.

ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIE (identifikácia/pečiatka ZZ)

PRACOVISKO/ODDELENIE:

MIESTO:

MENO ZAMESTNANCA:

DÁTUM:

MENO A PRIEZVISKO PACIENTA:

ADRESA:

KÓD ZDRAV. POISŤOVNE:

RODNÉ ČÍSLO:

AKTUÁLNA HMOTNOŠŤ:

 kg

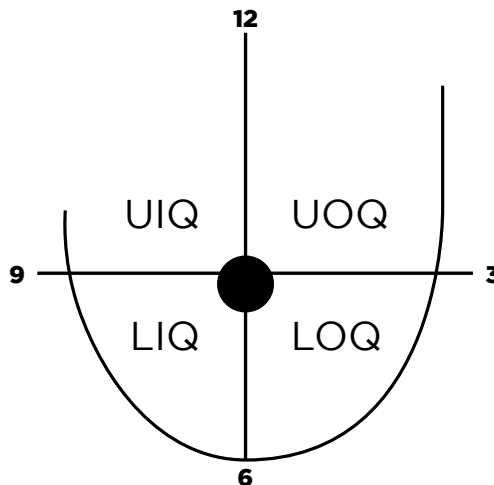
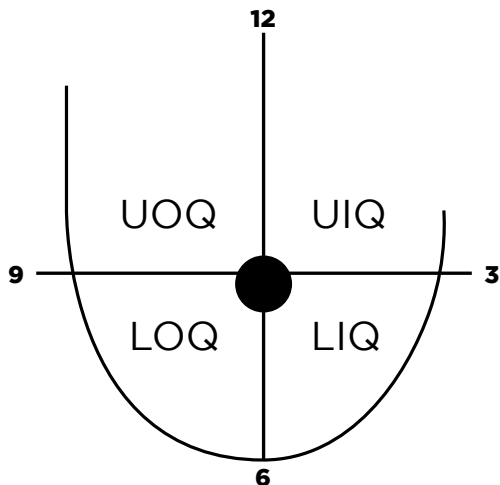
VÝŠKA PACIENTA:

 cm

- Som tehotná áno nie
- Dojčiaca matka áno nie
- Počet pôrodov: _____
- Užívate alebo ste užívali hormonálnu liečbu (antikoncepcia, hormóny štítnej žľazy ...)? áno nie
- Dátum poslednej menštruácie (staršie ženy rok poslednej menštruácie)? áno nie
- Boli ste už niekedy na mamografii? áno nie
- Ak áno, kedy bola realizovaná posledná MMG? mesiac/rok _____
- Výsledok (snímky) predchádzajúcich MMG odovzdávam? áno nie
- Mali ste niekedy zápal prsníka? áno nie
- Ak áno, kedy? _____
- Prekonali ste operáciu prsníka? áno nie
- Ak áno, kedy a akú? _____
- Máte momentálne ťažkosti s prsníkmi? áno nie
- Ak áno, aké? _____
- Máte výtok z bradavky? áno nie
- Ak áno, akej farby? _____
- Zmenila sa vaša hmotnosť od poslednej MMG? áno nie
- Ak áno, koľko kg? _____
- Dnešná MMG: prevencia iné: _____
- Boli ste liečená v minulosti na rakovinu prsníka alebo vaječníkov? áno nie
- Ak áno, kedy? _____
- Objavil sa vo vašej rodine karcinóm prsníka? áno nie
- Ak áno, ktorý príbuzný: matka, vek: _____ sestra, vek: _____
 dcéra, vek: _____ teta, vek: _____ stará mama, vek: _____
- Užívate v súčasnosti nejaké lieky? antikoncepcia substitučná terapia
- Ak áno, aké? _____
- Iné: _____

NÁKRES ROZDELENIA PRSNÍKOV NA KVADRANTY

MENO A PRIEZVISKO PACIENTA:



RIGHT - PRAVÝ

LEFT - LAVÝ

UOQ – Upper outer quadrant – Horný vonkajší kvadrant

UIQ – Upper inner quadrant – Horný vnútorný kvadrant

LOQ – Lower outer quadrant – Dolný vonkajší kvadrant

LIQ – Lower inner quadrant – Dolný vnútorný kvadrant

DÁTUM

PODPIS RTG TECHNIKA

PODPIS PACIENTA

Podpisom tohto dokumentu potvrdzujem, že som sa oboznámil s informáciami o spracúvaní osobných údajov (verzia dokumentu PIN_ZS_1.2) v zdravotníckom zariadení a beriem tieto informácie na vedomie.

Nazov zdrav. zariadenia: Adresa: IČO:

DÁTUM A MIESTO PODPISU ZDRAVOT. ZAMESTNANCA:

PODPIS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU: