

**ANKIETA DLA KOBIET**  
**OBJĘTYCH PROGRAMEM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY**  
(prosimy wypełniać drukowanymi literami)

Nr identyfikacyjny badania: .....

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

9. Czy wyraża Pani zgodę na przekazywanie informacji poprzez SMS lub e-mail? TAK / NIE

10. Nr telefonu komórkowego: .....

11. Adres e-mail: .....

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

13. Wykształcenie:  niepełne podstawowe  podstawowe  zasadnicze 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  
 prasa, radio, telewizja, internet

**INFORMACJE O STANIE ZDROWIA**

1. Pierwsza miesiączka (wiek): .....

2. Ostatnia miesiączka (wiek lub dokładna data): .....

3. Liczba porodów: .....

4. Czy pali Pani papierosy lub inne wyroby tytoniowe?  nie  tak  przestałam

5. Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne?  nie  tak

6. Czy przechodziła Pani hormonoterapię?  nie  tak

7. Czy stosuje Pani IUD?  nie  tak

8. Data ostatniego badania cytologicznego: ..... wynik .....

9. Obecność DNA HPV wysokiego ryzyka:  nie  tak

10. Data badania (pobrania rozmazu): .....

11. Symbol badania: .....

12. Lekarz wykonujący badania: .....

13. Ocena makroskopowa szyjki macicy:

- stan zapalny  
 kłykcina (brodawczak)  
 nadżerka (ektopia)  
 zniekształcenie  
 przerost  
 martwica  
 polip  
 guz (naciek)  
 owrzodzenie  
 inne

14. Uwagi: .....