

**ANKIETA DLA KOBIET  
OBJĘTYCH PROGRAMEM WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA PIERSI**  
(prosimy wypełniać drukowanymi literami)

Nr identyfikacyjny badania: .....

1. Nazwisko: ..... 5. 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  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  
 prasa, radio, telewizja, internet

**INFORMACJE O STANIE ZDROWIA**

1. Data badania: .....  
2. Symbol badania: .....  
3. Numer rundy skryningu: .....  
4. Pierwsza miesiączka (wiek):..... ostatnia miesiączka (wiek): .....  
5. Jeśli Pani rodziła, ile miała Pani lat podczas pierwszego porodu? .....  
6. Czy przyjmuje Pani preparaty hormonalne?  
 nie  dawniej  obecnie  powyżej 5 lat jakie?:.....  
7. Czy bada Pani sobie piersi sama?  nie  co miesiąc  czasami  
8. Czy w ostatnim roku badał Pani piersi lekarz?  nie  tak  
9. Mutacja:  nie  tak  
10. 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  tak  
u innych krewnych (podać pokrewieństwo): .....  
11. 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):.....  
12. Czy miała Pani kiedykolwiek wykonywaną mammografię?  nie  tak  
jeśli tak – w którym roku było ostateczne badanie?.....  
jeśli tak – ile było wszystkich mammografii? .....  
13. Uwagi.....