

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 HMOTNOSŤ:

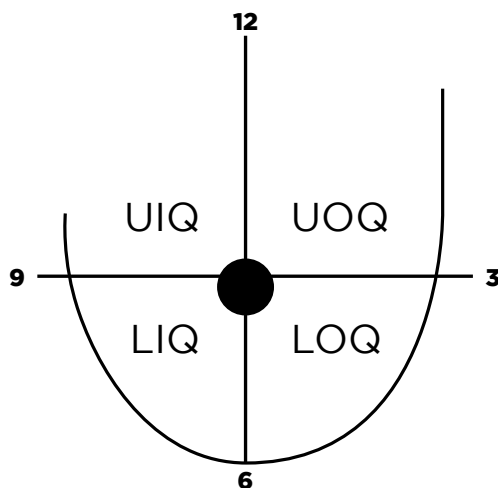
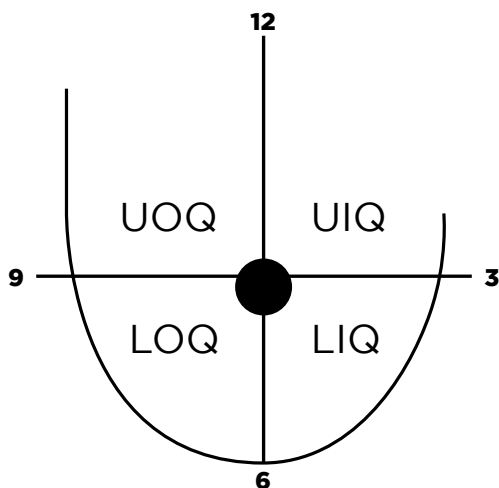
 kg

VÝŠKA PACIENTA:

 cm

Som tehotná	☐ áno	☐ nie
Dojčiaci 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?		
Ak áno, aké?	☐ antikoncepcia	☐ substitučná terapia
Iné:		

NÁKRES ROZDELENIA PRSNÍKOV NA KVADRANTY

MENO A PRIEZVISO PACIENTA:

RIGHT - PRAVÝ

LEFT - L'AVY

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

[illegible]

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:
