PentaHospitals

DOTAZNÍK K VYŠETRENIU MAMOGRAFIOU (MMG)

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

ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIE (identifikácia/pečiatka ZZ)

PRACOVISKO/ODDELENIE:

MIESTO:

MENO A PRIEZVISKO PACIENTA:

ADRESA:

KÓD ZDRAV. POISŤOVNE:

RODNÉ ČÍSLO:

EMAIL:

AKTUÁLNA HMOTNOSŤ: kg

VÝŠKA PACIENTA: cm

TELEFÓNNE ČÍSLO:

Váš e-mail a telefón slúži pre potreby prípadnej komunikácie, nie na zasielanie výsledkov.

Hmatáte si v súčasnosti NOVOVZNIKNUTÝ útvar v prsníku (hrčku)? Ak áno, v ktorom prsníku?	◯ áno ◯ nie ◯ ľavý ◯ pravý
Máte v súčasnosti zafarbený výtok z bradaviek? Ak áno, v ktorom prsníku?	◯ áno ◯ nie ◯ ľavý ◯ pravý
Máte v súčasnosti zápal kože prsníka? Ak áno, v ktorom prsníku?	◯ áno ◯ nie ◯ ľavý ◯ pravý
Vyskytla sa u Vás alebo vo Vašej pokrvnej rodine rakovina prsníka? Ak áno, u koho a v akom veku: ◯ u mňa ◯ matka ◯ stará mama ◯ sestra ◯ iná príbuzná/príbuzný (muž)	◯ áno ◯ nie
Vyskytla sa u Vás alebo vo Vašej pokrvnej rodine rakovina vaječníkov? Ak áno, u koho? ◯ u mňa ◯ matka ◯ stará mama ◯ sestra ◯ iná príbuzná	◯ áno ◯ nie
Vyskytli sa iné zhubné nádory u Vás alebo vo Vašej pokrvnej rodine? Ak áno, uveďte o aký orgán sa jednalo a u koho (napr. nádor čreva, mozgu, pankreasu, atď.):	◯ áno ◯ nie
Boli ste liečená ožarovaním v oblasti hrudníka medzi 10 až 30-tym rokom života?	◯ áno ◯ nie
Podstúpili ste operáciu alebo odber vzorky (tzv. biopsiu) prsníkov? Ak áno, upresnite: ◯ Operácia ložiska prsníku ◯ Plastická operácia ◯ Odber vzorky z prsníka Ak áno, v ktorom prsníku?	◯ áno ◯ nie ◯ ľavý ◯ pravý
Bolo u Vás alebo Vašich rodinných príslušníkov robené genetické vyšetrenie s nálezom mutácie? Ak áno, s akým výsledkom a u koho:	◯ áno ◯ nie
Mali ste v minulosti už realizované mamografické vyšetrenie? Ak áno, kedy a kde?	◯ áno ◯ nie
Absolvovali ste liečbu pri asistovanej reprodukcii? Ak áno, koľko cyklov?	◯ áno ◯ nie
Ste tehotná?	◯ áno ◯ nie
Dojčíte?	◯ áno ◯ nie
Užívate v súčasnosti nejaké lieky? Ak áno, aké? ◯ antikoncepcia ◯ hormonálna substitučná terapia ◯ iné	◯ áno ◯ nie

O GENETICKOM VYŠETRENÍ rozhoduje genetik. NA GENETICKÚ KONTULTÁCIU odosiela ženu všeobecný lekár alebo lekár špecialista, vrátane rádiológa. Osoby so zistenou zárodočnou mutáciou, alebo osoby s empiricky vyšším onkogenetickým ochorením nad 25 % (podľa Clausových tabuliek) majú genetikom odporúčanú dispenzarizačnú schému vyšetrení. Hlavným cieľom preventívneho manažmentu pri dedičných nádorových ochoreniach je zachytenie prípadného ochorenia v čo najčasnejšom štádiu, čo umožňuje znižovať úmrtnosť a zlepšovať kvalitu života.

UPOZORNENIE:

- Na Slovensku má každá žena vo veku 45-74 rokov + 364 dní nárok na bezplatné skríningové mamografické vyšetrenie (vrátane doplňujúcich vyšetrení) jedenkrát za 2 roky.
- Miera istoty výsledku mamografického vyšetrenia môže byť až 95 % - to znamená, že niektoré zhubné nádory prsníka sa nemusia zobraziť. Preto odporúčame, aby ste vykonávali samovyšetrenie prsníkov. Pri ich zmene, alebo pri problémoch potrebné sa dostaviť k lekárovi čím skôr, bez ohľadu na skríningový interval.

Výsledok z vyšetrenia, popis – nález je určený indikujúcemu lekárovi a je dostupný v Elektronickej zdravotnej knižke pacienta v eZdravie. S obsluhujúcim personálom si prosím dohodnite spôsob prevzatia písomného výsledku:

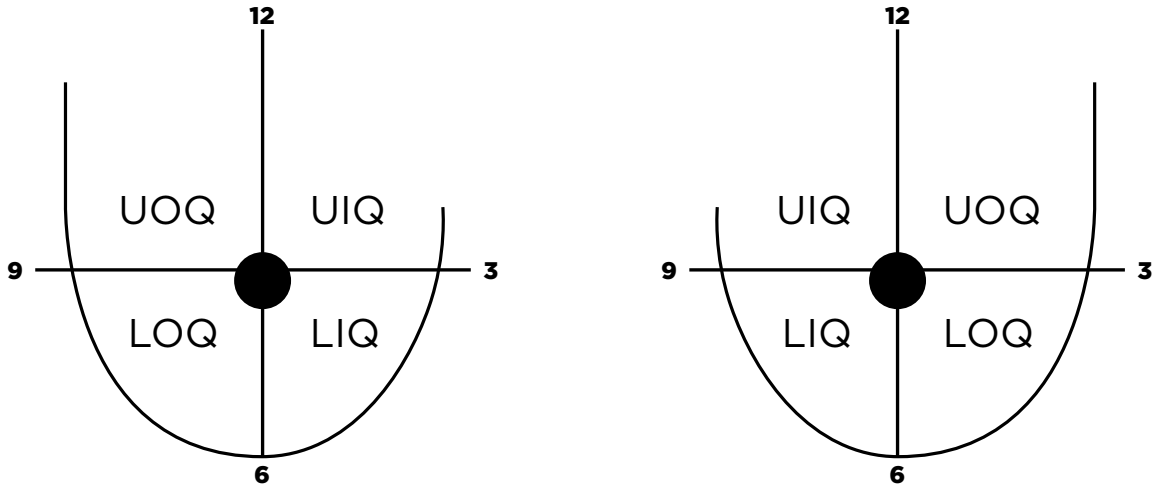
◯ **prevezmem osobne** – v pracovné dni v čase od 7.30 do 15.00 hod.
◯ iný spôsob, ktorý môže byť spoplatnený podľa cenníka

DÁTUM: **PODPIS PACIENTA:**

Ďakujeme. Dotazník priložíme k Vašej mamografickej dokumentácii.

NÁKRES ROZDELENIA PRSNÍKOV NA KVADRANTY

MENO A PRIEZVISKO PACIENTA:



RIGHT – PRAVÝ	LEFT – ĽAVÝ
UOQ – Upper outter quadrant – Horný vonkajší kvadrant	**UIQ** – Upper inner quadrant – Horný vnútorný kvadrant
LOQ – Lower outter quadrant – Dolný vonkajší kvadrant	**LIQ** – Lower inner quadrant – Dolný vnútorný kvadrant

Pracoviská s ionizujúcim žiarením RDG oddelenia tohto zdravotníckeho zariadenia, postupujú podľa vyhlášky MZ SR č. 101/2018 Z.z. § 3 – 5 pri zabezpečovaní optimalizácie lekárskeho ožiarenia a radiačne ochrany pacienta a sprevádzajúcej osoby.

DÁTUM: **MENO A PRIEZVISKO ZAMESTNANCA:** **PODPIS:**