

Dotazník pred MAMOGRAFICKÝM vyšetrením

Meno a priezvisko: _____ Tel. kontakt: _____
Dátum narodenia: _____ Poistenie ZP: _____
Odosielajúci lekár: _____ (ZP - zdravotná poisťovňa)

Prosíme pacientky, aby odpovedali pravdivo a odpovede označili znakom X

Máte v súčasnosti novú hmatnú hrčku v prsníku? Áno Nie

--	--	--

Ak áno v ktorom prsníku? ľavý pravý

Máte zafarbený výtok z bradaviek? Áno Nie

--	--	--

Ak áno v ktorom prsníku? ľavý pravý

Podstúpili ste v minulosti operáciu prsníka? Áno Nie

--	--	--

Ak áno v ktorom prsníku? ľavý pravý

Vyskytol sa vo Vašej rodine nádor (rakovina) prsníka? Áno Nie

--	--	--

Ak áno u koho? Vy matka sestra stará matka iná príbuzná
V akom veku?

Vyskytol sa vo Vašej rodine nádor iného orgánu Áno Nie

--	--	--

Ak áno, uveďte u koho a akého:

Liečite sa alebo ste sa v minulosti liečili na nádorové ochorenie? Áno Nie

--	--	--

Ak áno, uveďte orgán:

Užívate hormonálnu substitučnú liečbu? Áno Nie
(počas menopauzy)

--	--	--

Absovovali ste liečbu pri asistovanej reprodukcii? Áno Nie

--	--	--

Ak áno koľko cyklov?

Bola u Vás alebo Vašich rodínach príslušníkov robené genetické vyšetrenie s nálezom mutácie? Áno Nie

--	--	--

Dotazník bude priložený k Vašej mamografickej dokumentácii.

Bola som poučená a informovaná podľa zákona č. 576/2004 o zdravotnej starostlivosti §6 o účele, povahe, postupe a svojim podpisom potvrdzujem svoj súhlas s daným vyšetrením, ako aj pravdivosť uvedených údajov.

Zároveň svojim podpisom potvrdzujem, že v čase vyšetrenia nie som tehotná.

V Prievidzi dňa: _____

Podpis: _____
Pokračovať na druhej strane
→

Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta

podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z. z.

skrining rakoviny prsníka

Meno a priezvisko osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť:

Identické ako v Dotazníku

rodné číslo:

bydlisko (ulica, čís.domu, miesto, PSČ): **Identické ako v Dotazníku**

tel. č. /e-mail (pre prípad potreby predvolania na dovyšetrenie):

Identické ako v Dotazníku

Novovzniknuté ťažnosti, prípadne prejavy ochorenia a iné anamnestické údaje (napr. užívanie hormonálnej liečby, pozitívna rodinná anamnéza na onkologické ochorenie prsníkov, operácie prsníkov v minulosti, liečba onkologického ochorenia v minulosti a iné stanovené diagnózy):

Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný výkon:

Mamografické vyšetrenie a všetky doplňujúce vyšetrenia ako: UGS vyšetrenie prsníkov, biopsie a punkcie, doplňujúce mamografické projekcie, MR prsníkov.

Potvrdzujem svojím podpisom že som bol/a informovaný/á o povahe navrhovaného diagnostického výkonu, ktorý absolvujem za účelom prevencie, resp. následného dovyšetrenia, ako aj o jeho možných následkoch a rizikách (informácie sprístupnené aj na www.SONOMAMO.sk)

Bol/a som tiež poučený/á o možnostiach voľby navrhovaných výkonov a o rizikách ich odmietnutia.

Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Poučeniu som porozumel/a.

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným diagnostickými výkonmi **súhlasím – nesúhlasím.***

Tento súhlas dávam pri plnom vedomí, slobodne a vážne.

V Prievidzi dňačas

Sv. Vincent - rádiológia, s.r.o.
neštátne zdravotnícke zariadenie
Hviezdoslavova 3, 971 01 Prievidza
IČO: 48 178 462
t.č.: 046/540 75 57

.....
podpis a odtlačok pečiatky lekára

zdravotná starostlivosť

(prípadne jej zákonného zástupcu)

.....
podpis osoby, ktorej sa poskytuje

**Dotazník a Informovaný súhlas pacienta bude priložený
k Vašej mamografickej dokumentácii.**