

## Dotazník pred mamografickým vyšetrením

Meno a priezvisko: \_\_\_\_\_

Dátum narodenia: \_\_\_\_\_

Odosielajúci lekár: \_\_\_\_\_

Poistenec ZP: \_\_\_\_\_

**Prosíme pacientky aby na otázky odpovedali pravdivo:**

|   | Áno                      | Nie                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Vyskytol sa vo Vašej rodine zhubný nádor PRSNÍKA alebo VAJEČNÍKA?   |                          |                          |
| Ak áno: u matky <input type="checkbox"/> sestry <input type="checkbox"/> dcéry <input type="checkbox"/> otca <input type="checkbox"/> tety <input type="checkbox"/> netere <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V akom veku:  |                          |                          |
| Mali ste už v minulosti realizované mamografické vyšetrenie?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ak áno kedy a kde?  |                          |                          |
| Podsúpili ste niekedy operáciu prsníka?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ak áno, ktorého: ľavého <input type="checkbox"/> pravého <input type="checkbox"/> v ktorom roku:  |                          |                          |
| Bol u Vás realizovaný odber vzorky z prsníka (tzv. biopsia)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ak áno, z ktorého prsník: ľavého <input type="checkbox"/> pravého <input type="checkbox"/>  |                          |                          |
| Podsúpili ste niekedy liečbu žiarením na oblasť hrudníka:   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mali ste niekedy úraz prsníka?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ak áno, ktorého prsníka? ľavého <input type="checkbox"/> pravého <input type="checkbox"/> v akom veku:  |                          |                          |
| Máte momentálne nejaké problémy s prsníkom?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ak áno, aké:  |                          |                          |
| Hmatáte si v súčasnosti nejaký NOVOVZNIKNUTÝ útvar (hrčku) v prsníku?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V ktorom prsníku? ľavý <input type="checkbox"/> pravý <input type="checkbox"/>  |                          |                          |
| Je prítomná sekrécia (výtok) z bradavky?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Úžívate hormonálnu liečbu aj v súčasnosti (hormonálna substitúcia, hormonálna antikoncepcia, liečba pri asistovanej reprodukcií)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Svojím podpisom potvrdzujem, že na otázky som odpovedala pravdivo a súhlasím s vyšetrením.

V Prievidzi dňa: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_