

SZAKMAI KÉRDŐÍV EMLŐ MR VIZSGÁLATHOZ

Kedves Betegünk!

Az alábbi adatok részletes megadása az Ön diagnózisának lehető legpontosabb felállítását célozza. Kérjük szíveskedjék ennek megfelelően kitölteni.

A VIZSGÁLATRA ÉRKEZŐ TÖLTI KI

Név:

Születési idő:

Az Ön vizsgálata:

- **EMLŐSZÖVET VIZSGÁLATA** (kontrasztanyaggal)
- **IMPLANTÁTUM VIZSGÁLATA** (kontrasztanyag nélkül)
- **EMLŐSZÖVET ÉS IMPLANTÁTUM VIZSGÁLATA** (kontrasztanyaggal)

Volt-e Önnek daganatos megbetegedése? IGEN / NEM

➤ Amennyiben igen, milyen típusú? Emlőrák / Egyéb: _____
Mikor? _____

➤ Van-e Önnek kimutatott emlőrák génmutációja (BRCA)? IGEN / NEM

➤ Emlőrák előfordult-e a családjában? IGEN, közvetlen rokonnál / IGEN, _____ rokonnál / NEM

➤ Petefészekrák előfordult-e a családjában? IGEN / NEM

Menstruációs ciklusa? VAN, szabályos / VAN, rendszertelen / NINCS ciklusom

➤ Utolsó menstruáció időpontja: 1 hete / 2 hete / 3 hete / 4 hete / egyéb: _____

➤ Hormonkezelést (lombikprogram) most kap-e? IGEN / NEM

➤ Változókori hormonpótlást most kap-e? IGEN / NEM

Végeztek-e Önnél korábban mammográfiás vizsgálatot? IGEN / NEM

➤ Ha igen, mikor: Affideánál / Másból

➤ Film, CD vagy lelet van-e? NÁLAM VAN / VAN, de nincs nálam / NINCS

Végeztek-e Önnél korábban emlő ultrahang vizsgálatot? IGEN / NEM

➤ Ha igen, mikor: Affideánál / Másból

➤ Film, CD vagy lelet van-e? NÁLAM VAN / VAN, de nincs nálam / NINCS

Végeztek-e Önnél korábban emlő MR vizsgálatot? IGEN / NEM

➤ Ha igen, mikor: Affideánál / másból

➤ Film, CD vagy lelet van-e? NÁLAM VAN / VAN, de nincs nálam / NINCS

Kérjük fordítsa meg és válaszoljon a másik oldalon lévő kérdésekre is!

A VIZSGÁLATRA ÉRKEZŐ TÖLTI KI

Végeztek-e Önnél korábban Önnél emlőbiopsziát (mintavételt)? IGEN / NEM

- Ha igen, az eredménye mi volt? jóindulatú / rosszindulatú / egyéb: _____
- Melyik oldalon: Jobb oldalon / Bal oldalon / Mindkét oldalon
- Mikor? _____
- Citológiai, szövettani lehet van-e? Nálam van / Van, de nincs nálam / Nincs

KORÁBBI, EMLŐ VONATKOZÁSÚ LELETEIT, ZÁRÓJELENTÉSEIT, FILMJEIT, CD-IT KÉRJÜK FELTÉTLENÜL ADJA LE A RECEPCIÓN VAGY AZ ASSZISZTENSNÉL!

Emlőműtétje volt-e? JOBB oldalon / BAL oldalon / MINDKÉT oldalon / NEM

- Ha igen, milyen műtét? plasztikai / csomó eltávolítás / egyéb: _____
- Mikor történt(ek) az emlőműtét(ek)?
- Amennyiben egy éven belül, akkor hány hónappal ezelőtt?
- A műtét eredménye mi volt? jóindulatú / rosszindulatú / egyéb: _____

Sugárkezelés történt-e? IGEN, a befejezés dátuma: _____ / NEM TÖRTÉNT

Kemoterápiát most kap-e? IGEN / NEM

Van-e emlőimplantátuma? IGEN / NEM

- Ha igen, akkor mikor történt az implantátum beültetés?
- Ha cserélték az implantátumot, mikor?
- Van-e panasa az implantátumra? JOBB oldalon / BAL oldalon / MINDKÉT oldalon / NINCS
- Érte-e sérülés az implantátum területét? JOBB oldalon / BAL oldalon / MINDKÉT oldalon / NEM

Jelenleg van-e emlőpanasza? IGEN / NEM

ha igen, milyen:

- érzékenység/fájdalom? JOBB oldalon / BAL oldalon / MINDKÉT oldalon / NINCS
- tapintható csomó? JOBB oldalon / BAL oldalon / MINDKÉT oldalon / NINCS
- emlőbimbó elváltozás (kiütés, hámlás)? JOBB oldalon / BAL oldalon / MINDKÉT oldalon / NINCS
- emlőbimbó váladékozás? JOBB oldalon / BAL oldalon / MINDKÉT oldalon / NINCS
amennyiben válasza igen, milyen színű? átlátszó / véres / egyéb: _____
- egyéb panasza: _____

Az emlő MR vizsgálatot ki kezdeményezte? Én magam / Orvosom: Dr. _____

Az MR vizsgálat milyen célból történik? a fent jelzett panaszom miatt / egyéb okból: _____

201..... évhónap

Aláírás: