

Kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni!

Név:

Anyja neve:

Születési idő:

TAJ szám:

Kiegészítő vizsgálati kérdőív emlő MR vizsgálat elvégzéséhez

— Kedves Páciensünk!

Kérjük válaszoljon az alábbi kérdésekre, válaszát a jelölőnégyzet használatával X jellel jelölje.

Mikor történt korábban emlő UH vizsgálat?

év hónap Nem történt

Mikor történt korábban emlő MR vizsgálat?

év hónap Nem történt

Emlő műtét történt-e?

- Igen, jóindulatú folyamat miatt
- Igen, rosszindulatú folyamat miatt
- Igen, plasztika miatt
- Nem

Sugárkezelés történt –e?

- Igen
- Nem

Volt-e citológiai vizsgálata?

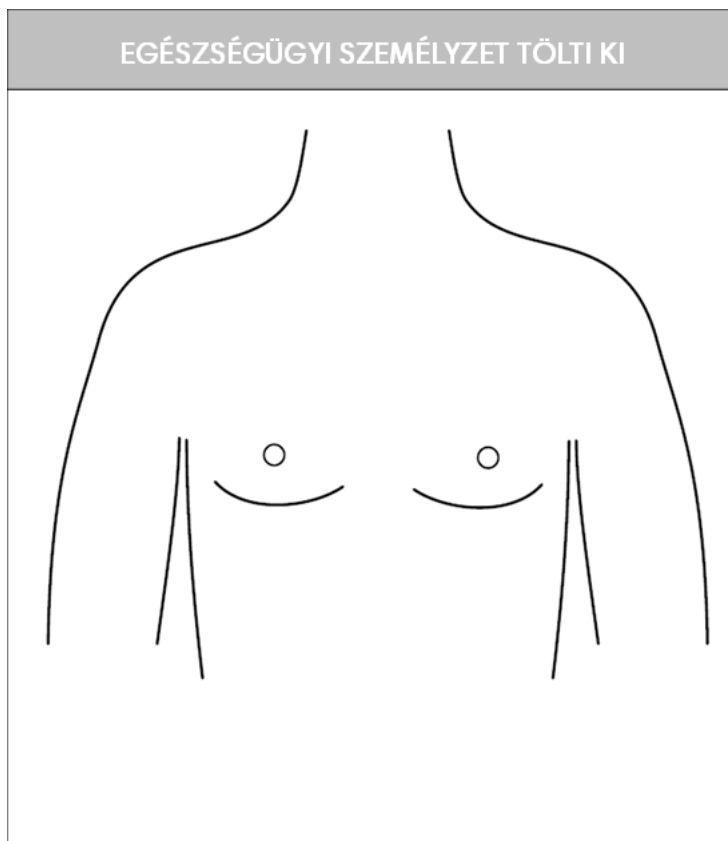
- Igen
- Nem

Volt-e emlő biopsziája?

- Igen, jóindulatú eredménnyel
- Igen, rosszindulatú eredménnyel
- Igen, bizonytalan eredménnyel
- Igen, nem informatív eredménnyel
- Nem

— Jelenleg milyen panaszai vannak?

- | | | | |
|---------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---|
| Tapintható csomó? | <input type="checkbox"/> Bal oldalon | <input type="checkbox"/> Jobb oldalon | <input type="checkbox"/> Nincs csomó |
| Bimbóbehúzóadás? | <input type="checkbox"/> Bal oldalon | <input type="checkbox"/> Jobb oldalon | <input type="checkbox"/> Nincs bimbóbehúzóadás |
| Bőrelváltozás? | <input type="checkbox"/> Bal oldalon | <input type="checkbox"/> Jobb oldalon | <input type="checkbox"/> Nincs bőrelváltozás |
| Emlőfájdalom? | <input type="checkbox"/> Bal oldalon | <input type="checkbox"/> Jobb oldalon | <input type="checkbox"/> Nincs emlőfájdalom |
| Bimbóváladákozás? | <input type="checkbox"/> Bal oldalon | <input type="checkbox"/> Jobb oldalon | <input type="checkbox"/> Nincs bimbóváladákozás |
| Bimbóváladék színe? | <input type="checkbox"/> Véres | <input type="checkbox"/> Sárgás | <input type="checkbox"/> Egyéb |



Kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni!

Név:

Anyja neve:

Egyéb panaszok:

— Családi előzmény**Előfordult-e emlő vagy petefészek daganat a családban?** Szülőnél Nagyszülőnél Testvérnél Nem fordult elő**— Előzmények****Emlőgyulladás volt –e?** Igen Nem**Trauma, ütés érte-e az emlőket?** Igen Nem**Hormonpótlást szed?** Igen, 1-3 hónapja
 Igen, 6 hónapja
 Igen, 1 éve
 Igen, 2 éve
 Igen, 2-5 éve
 Igen, 5-10 éve
 Igen, több, mint 10 éve
 Nem szedek**Egyéb információk** Lombikprogram keretében jelenleg kezelés alatt állok
 Pajzsmirigy betegségem van
 Cukorbetegségem van
 Vérképzőszervi betegségem van
 Fogamzásgátló tablettát szedek**Utolsó menstruáció időpontja** év hónap**Páciens (vagy törvényes képviselőjének) aláírása**