Radius Medicine
ul.Stefczyka 19 5-091 Ząbki
+48 221 730 541

Ankieta przed badaniem MR Piersi

Imię i nazwisko

PESEL

Przyczyna badania

Dzień cyklu w dniu badania

Nie miesiączkuję

	✗	✓
Antykoncepcja hormonalna Jaka? (Doustna/inna?)		
Hormonalna terapia zastępcza Jak długo?		
Występowanie raka piersi w rodzinie W jakim wieku?		
Czy wyczuwa Pani guzek w piersiach? Lokalizacja guzka:		
Czy występowały wycieki z brodawki sutkowej w kolorze krwistym/herbacianym, innym?		
Data ostatniego badania USG/MR Piersi/mammografia piersi:		
Poród i karmienie piersią Od: Do:		
Czy były wykonywane biopsje zmian w piersiach? Proszę podać lokalizację biopsowanych guzów, datę biopsji oraz załączyć wyniki badań histopatologicznych:		
Czy były zostawiane znaczniki po biopsjach? Proszę podać lokalizację biopsji z pozostawieniem znacznika:		
Czy były wykonywane zabiegi w obrębie piersi? Proszę podać lokalizację i datę zabiegu oraz załączyć wyniki histopatologiczne		
Czy było wykonywane badanie mutacji genetycznych zwiększających ryzyko raka piersi (BRCA, CHEK, PALB etc.?		

....

Data wypełnienia i podpis Pacjentki