

DOTAZNÍK K VYŠETRENIU MAMOGRAFIU (MMG)

Na účely poskytnutia zdravotnej starostlivosti vyplňte, prosím, tento dotazník.

ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIE (identifikácia/pečiatka ZZ)

PRACOVISKO/ODDELENIE:

MIESTO:

MENO A PRIEZVISKO PACIENTA:

ADRESA:

KÓD ZDRAV. POISŤOVNE:

RODNÉ ČÍSLO:

EMAIL:

AKTUÁLNA HMOTNOSŤ:

 kg

VÝŠKA PACIENTA:

 cm

TELEFÓNNE ČÍSLO:

Váš e-mail a telefón slúži pre potreby prípadnej komunikácie, nie na zasielanie výsledkov.

Hmatáte si v súčasnosti NOVOVZNIKNUTÝ útvar v prsníku (hrčku)?

Ak áno, v ktorom prsníku?

☐ áno ☐ nie
☐ ľavý ☐ pravý

Máte v súčasnosti zafarbený výtok z bradaviek?

Ak áno, v ktorom prsníku?

☐ áno ☐ nie
☐ ľavý ☐ pravý

Máte v súčasnosti zápal kože prsníka?

Ak áno, v ktorom prsníku?

☐ áno ☐ nie
☐ ľavý ☐ pravý

Vyskytla sa u Vás alebo vo Vašej pokrvnej rodine rakovina prsníka?

Ak áno, u koho a v akom veku: ☐ u mňa ☐ matka ☐ stará mama
☐ sestra ☐ iná príbuzná/príbuzný (muž)

☐ áno ☐ nie

Vyskytla sa u Vás alebo vo Vašej pokrvnej rodine rakovina vaječníkov?

Ak áno, u koho? ☐ u mňa ☐ matka ☐ stará mama
☐ sestra ☐ iná príbuzná

☐ áno ☐ nie

Vyskytli sa iné zhubné nádory u Vás alebo vo Vašej pokrvnej rodine?

Ak áno, uveďte o aký orgán sa jednalo a u koho
(napr. nádor čreva, mozgu, pankreasu, atď.):

☐ áno ☐ nie

Boli ste liečená ožarovaním v oblasti hrudníka medzi 10 až 30-tym rokom života?

☐ áno ☐ nie

Podstúpili ste operáciu alebo odber vzorky (tzv. biopsiu) prsníkov?

Ak áno, upresnite:

☐ Operácia ložiska prsníku ☐ Plastická operácia ☐ Odber vzorky z prsníka

Ak áno, v ktorom prsníku?

☐ áno ☐ nie
☐ ľavý ☐ pravý

Bolo u Vás alebo Vašich rodinných príslušníkov robené genetické vyšetrenie s nálezom mutácie?

Ak áno, s akým výsledkom a u koho:

☐ áno ☐ nie

Mali ste v minulosti už realizované mamografické vyšetrenie?

Ak áno, kedy a kde?

☐ áno ☐ nie

Absolvovali ste liečbu pri asistovanej reprodukcií?

Ak áno, koľko cyklov?

☐ áno ☐ nie

Ste tehotná?

☐ áno ☐ nie

Dojčíte?

☐ áno ☐ nie

Užívate v súčasnosti nejaké lieky?

Ak áno, aké? ☐ antikoncepcia ☐ hormonálna substitučná terapia ☐ iné

☐ áno ☐ nie

O GENETICKOM VYŠETRENÍ rozhoduje genetik. NA GENETICKÚ KONTULTÁCIU odosiela ženu všeobecný lekár alebo lekár špecialista, vrátane rádiológa. Osoby so zistenou zárodočnou mutáciou, alebo osoby s empiricky vyšším onkogenetickým ochorením nad 25 % (podľa Clausových tabuliek) majú genetikom odporúčanú dispenzarizačnú schému vyšetrení. Hlavným cieľom preventívneho manažmentu pri dedičných nádorových ochoreniach je zachytenie prípadného ochorenia v čo najčasejšom štádiu, čo umožňuje znižovať úmrtnosť a zlepšovať kvalitu života.

UPOZORNENIE:

- Na Slovensku má každá žena vo veku 45-74 rokov + 364 dní nárok na bezplatné skriningové mamografické vyšetrenie (vrátane doplňujúcich vyšetrení) jedenkrát za 2 roky.
- Miera istoty výsledku mamografického vyšetrenia môže byť až 95 % - to znamená, že niektoré zhubné nádory prsníka sa nemusia zobraziť. Preto odporúčame, aby ste vykonávali samovyšetrenie prsníkov. Pri ich zmene, alebo pri problémoch potrebné sa dostaviť k lekárovi čím skôr, bez ohľadu na skriningový interval.

Výsledok z vyšetrenia, popis – nález je určený indikujúcemu lekárovi a je dostupný v Elektronickej zdravotnej knižke pacienta v eZdravie. S obsluhujúcim personálom si prosím dohodnite spôsob prevzatia písomného výsledku:

- ☐ **prevezmem osobne** – v pracovné dni v čase od 7.30 do 15.00 hod.
- ☐ iný spôsob, ktorý môže byť spoplatnený podľa cenníka

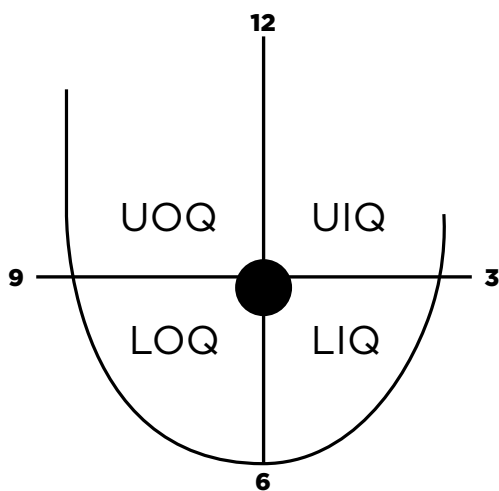
DÁTUM:

PODPIS PACIENTA:

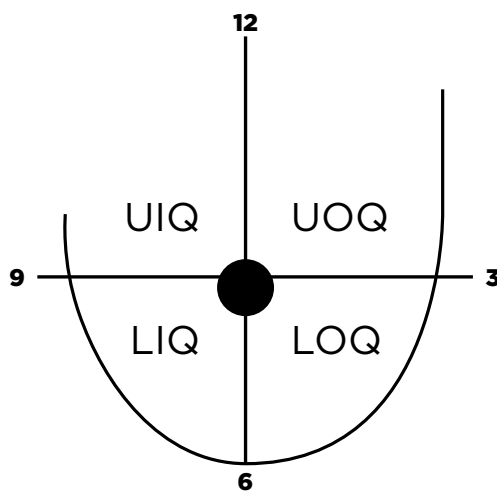
Ďakujeme. Dotazník priložíme k Vašej mamografickej dokumentácii.

NÁKRES ROZDELENIA PRSNÍKOV NA KVADRANTY

MENO A PRIEZVISKO PACIENTA:



RIGHT - PRAVÝ



LEFT - ĽAVÝ

UOQ – Upper outter quadrant – Horný vonkajší kvadrant

LOQ – Lower outter quadrant – Dolný vonkajší kvadrant

UIQ – Upper inner quadrant – Horný vnútorný kvadrant

LIQ – Lower inner quadrant – Dolný vnútorný kvadrant

Pracoviská s ionizujúcim žiarením RDG oddelenia tohto zdravotníckeho zariadenia, postupujú podľa vyhlášky MZ SR č. 101/2018 Z.z. § 3 – 5 pri zabezpečovaní optimalizácie lekárskeho ožiarovania a radiačne ochrany pacienta a sprevádzajúcej osoby.

DÁTUM:

MENO A PRIEZVISKO ZAMESTNANCA:

PODPIS: