

Mamografický screening – dotazník rizikových faktorů

Správnou odpověď zaškrtněte X

1. Pozorujete NOVÉ ZMĚNY ve Vašich prsech?

(hmatné zduření – bulka, vtažená pokožka, změna barvy pokožky, asymetrie, výtok z bradavek aj.)

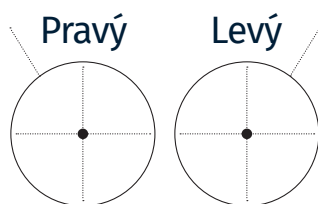
☐ ANO ☐ NE

Pokud ANO, blíže specifikujte vyznačením na obrázku stranu a místo obtíží:

• délka trvání obtíží

• charakter obtíží

.....
.....
.....



.....
.....
.....

2. Podstoupila jste operaci, plastiku prsu, odběr vzorku z prsu nebo jste měla úraz prsu:

☐ ANO ☐ NE

Typ zákroku: ☐ operace ☐ plastika ☐ odběr vzorku ☐ úraz

Pokud ANO, uveďte prosím, na jakém prsu: ☐ pravý ☐ levý

A datum zákroku

3. Vyskytl se u Vás nebo ve Vaší rodině zhoubný nádor prsu, vaječníku, dělohy nebo slinivky?

☐ ANO ☐ NE

☐ vaječníku ☐ prsu ☐ dělohy ☐ slinivka

Pokud ANO, uveďte prosím, u jakého člena rodiny a v kolika letech onemocněl:

☐ babička, věk ☐ matka, věk

☐ sestra, věk ☐ dcera, věk

☐ teta, věk ☐ jiný rodinný příslušník, věk

☐ Vy, věk

4. Byla jste na mamografickém vyšetření na jiném mamografickém pracovišti?

☐ ANO ☐ NE

Pokud ANO, napište název pracoviště a kdy jste vyšetření podstoupila.....

5. Užíváte nebo užívala jste hormonální léčbu, hormonální antikoncepci či jste podstoupila IVF?

☐ ANO ☐ NE

☐ hormonální léčba ☐ antikoncepce ☐ IVF

Jestliže ANO, uveďte dobu užívání:

☐ méně než 5 let ☐ více než 5 let ☐ více než 10 let

SOUHLAS S POSKYTNUTÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Telefon:

E-mail:

Ulice a číslo popisné:

PSČ:

Město/obec:

- Souhlasím s použitím mých osobních údajů (zejména jméno, příjmení, datum narození či bydliště) k pozvání na další preventivní vyšetření nebo k jiné podobné komunikaci.
- Souhlasím s tím, aby byly mé osobní údaje a údaje o mém vyšetření anonymizovány (tak, aby nebylo možné zjistit, že údaje pocházejí ode mne) a zpracovány za účelem sledování mamografického screeningového programu a vědeckého nebo statistického šetření.

(škrkněte v případě nesouhlasu)

V dne podpis

PROHLÁŠENÍ O PŘEDCHOZÍM SCREENINGOVÉM VYŠETŘENÍ

Byla jste v průběhu uplynulých 24 měsíců na mamografickém vyšetření?

☐ NE ☐ ANO

Pokud ano, uveďte prosím datum vyšetření a název pracoviště, kde bylo provedeno:

Datum předchozího screeningového vyšetření: ____ / ____ / ____

Název pracoviště předchozího screeningového vyšetření:

UPOZORNĚNÍ:

V České republice má každá žena ve věku od 45 let právo na jedno preventivní mamografické vyšetření za 24 měsíců bez úhrady. V případě, že jsou vyšetření prováděna v kratších intervalech, můžete být vyzvána k úhradě tohoto vyšetření.

Po vyplnění nebo po vyšetření preventivní mamografií, eventuelně dalšími vyšetřovacími metodami, bude dotazník odevzdán v mamodiagnostickém centru a v písemné podobě zůstává součástí mamografické dokumentace klientky centra.

Zjištění dvou a více nádorů prsu nebo ovaria v rodině nebo výskyt zhoubného nádoru prsu nebo ovaria u příbuzné ve věku pod 40 let je indikací ke genetickému vyšetření klientky.

Míra jistoty výsledku po provedeném mamografickém vyšetření může být až 95 % - tzn. některé typy nádorového postižení prsu nemusí být mamografií detekovatelné (zobrazitelné).