

שאלון לנבדקת

מספר ת"ז :

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____
 שנת לידה: _____
 נייד: _____ טל' בית: _____
 משקל: _____ גובה: _____ מצהירה שאני לא בהריון: _____
 תאריך וסת אחרון: _____ וסת ראשונה בגיל: _____
 מספר הריונות: _____ מספר ילדים: _____ גיל בלידה ראשונה: _____
 שם הרופא המטפל/רופא מפנה בקופת חולים: _____

	לא	כן	מתי?	היכן?	
					תאריך ביצוע ממוגרפיה אחרונה
					האם ביצעת MRI שד בעבר?
					האם הנקת?
					האם עברת כריתת רחם ו/או שחלות?
					האם קיבלת טיפול הורמונאלי- גלולות למניעת הריון
					האם עברת טיפולי פוריות?
					האם השתמשת אי פעם בטיפול הורמונלי חלופי?
					האם יש סיפור משפחתי של סרטן שד?
					האם יש סיפור משפחתי של סרטן שחלה?
					האם עברת : ניתוח פלסטי בשד?
					ביופסיה בשד ימין?
					ביופסיה בשד שמאל?
					ניתוח להסרת גידול משד ימין?
					ניתוח להסרת גידול משד שמאל?
					האם טופלת ב : הקרנות לשד?
					כימותרפיה?
					טמוקסיפן?
					האם סבלת ממחלה ממאירה אחרת?
					האם יש לך רגישות לתרופות?
					האם את נשאית BRCA1/2 (בדיקה גנטית)

סיבה לביצוע ממוגרפיה ותלונות בשד:

מעקב גוש חדש הפרשה מהפטמה שינויים בעור אחר _____



תאריך	אין שינוי בפרטים בדף	יש שינוי בפרטים בדף	חתימה
1			
2			
3			
4			

גורם מפנה: _____ טכנאית: _____