

Szakmai kérdőív emlő MR vizsgálathoz

Kedves Betegünk! Az alábbi adatok részletes megadása az Ön diagnózisának lehető legpontosabb felállítását célozza. Kérjük szíveskedjék ennek megfelelően kitölteni.

Név:
Születési idő:
Telefonszám:

EMLŐSZÖVET VIZSGÁLATA (kontrasztanyaggal) ☐
IMPLANTÁTUM VIZSGÁLATA (kontrasztanyag nélkül) ☐
EMLŐSZÖVET ÉS IMPLANTÁTUM VIZSGÁLATA (kontrasztanyaggal) ☐

Volt-e Önnek daganatos megbetegedése ? Igen / Nem
Amennyiben igen, milyen típusú? emlőrák/egyéb:
.....Mikor?.....

Van-e Önnek kimutatott emlőrák génmutációja (BRCA)? Igen / Nem
Emlőrák előfordult-e a családjában? Igen, 1 rokonnál / Igen, rokonnál / Nem
Petefészekrák előfordult-e a családjában? Igen / Nem

Menstruációs ciklusa? Van, szabályos / Van, rendszertelen / Nincs ciklusom
Utolsó menstruáció időpontja: 1 hete / 2 hete / 3 hete / 4 hete / egyéb:
Hormonkezelést (lombikprogram) most kap-e? Igen / Nem
Változókori hormonpótlást most kap-e? Igen / Nem

Történt-e korábban mammográfia? Igen / Nem
ha igen, mikor:
Film, CD vagy lelet van-e? Nálam van / Van, de nincs nálam / Nincs

Történt-e korábban emlő ultrahang vizsgálat? Igen / Nem
ha igen, mikor:
Film, CD vagy lelet van-e? Nálam van / Van, de nincs nálam / Nincs

Történt-e korábban emlő MR vizsgálat? Igen / Nem
ha igen, mikor:
Film, CD vagy lelet van-e? Nálam van / Van, de nincs nálam / Nincs

Történt-e Önnél emlőbiopszia (mintavétel)?
Ha igen, az eredménye mi volt? jóindulatú / rosszindulatú / egyéb:
Melyik oldalon: Jobb oldalon / Bal oldalon / Mindkét oldalon

Mikor?

Citológiai, szövettani lehet van-e? Nálam van / Van, de nincs nálam / Nincs

**KORÁBBI, EMLŐ VONATKOZÁSÚ LELETEIT, ZÁRÓJELENTÉSEIT, FILMJEIT, CD-IT
KÉRJÜK FELTÉTLENÜL ADJA LE A RECEPCIÓN VAGY AZ ASSZISZTENSNÉL!**

Emlőműtétje volt-e? Jobb oldalon Bal oldalon Mindkét oldalon Nem
Ha igen, milyen műtét? plasztikai / csomó eltávolítás / egyéb:.....

Mikor történt(ek) az emlőműtét(ek)?
amennyiben egy éven belül, akkor hány hónappal ezelőtt?.....

A műtét eredménye mi volt? jóindulatú / rosszindulatú / egyéb:

Sugárkezelés történt-e? Igen, a befejezés dátuma: / Nem történt

Kemoterápiát most kap-e? Igen / Nem

Van-e emlőimplantátuma? Igen / Nem

Ha igen, akkor mikor történt az implantátum beültetése?

Ha cserélték az implantátumot, mikor?

Van-e panasza az implantátumra? Jobb oldalon / Bal oldalon / Mindkét oldalon / Nincs

Érte-e sérülés az implantátum területét? Jobb oldalon / Bal oldalon / Mindkét oldalon / Nem

Jelenleg van-e emlőpanasza? Igen / Nem

ha igen, milyen:

érzékenység/fájdalom? Jobb oldalon / Bal oldalon / Mindkét oldalon / Nincs

tapintható csomó? Jobb oldalon / Bal oldalon / Mindkét oldalon / Nincs

emlőbimbó elváltozás (kiütés, hámlás)? Jobb oldalon / Bal oldalon / Mindkét oldalon / Nincs

emlőbimbó váladékozás? Jobb oldalon / Bal oldalon / Mindkét oldalon / Nincs

amennyiben válasza igen, milyen színű? átlátszó / véres / egyéb:

egyéb panasza:

Az emlő MR vizsgálatot ki kezdeményezte? Én magam / Orvosom: Dr.

Az MR vizsgálat milyen célból történik? a fent jelzett panaszom miatt / egyéb okból:

.....
.....

Aláírás: