

Druk: rejestracja i zgoda na mammografię

UWAGA – prosimy o zapoznanie się z poniższymi instrukcjami

Prosimy o przyniesienie wypełnionego formularza na wizytę skryningową.

Prosimy o pisanie DRUKOWANYMI LITERAMI. Prosimy o zaznaczenie rubryki .

Zgodę na mammografię należy podpisać. Prosimy o sprawdzenie i uaktualnienie

wypełnionych uprzednio rubryk. Na przykład: Tak Nie

BreastScreen
Victoria

Informacje podane poniżej mogą zostać wykorzystane przez BreastScreen Victoria do kontaktowania się z tobą i pozostawiania wiadomości w naszym imieniu.

<input type="checkbox"/> Pani	<input type="checkbox"/> Inne _____	Data urodzenia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			<small>D</small>	<small>D</small>	<small>M</small>	<small>M</small>	<small>R</small>	<small>R</small>	<small>R</small>
Nazwisko _____		Telefon komórkowy	_____						
Imiona _____		Telefon domowy	_____						
Nazwisko rodowe _____		Telefon do pracy	_____						
E-mail _____									
Adres zamieszkania _____									
Adres korespondencyjny _____									

1 Kraj urodzenia

2 Czy w domu posługujesz się językiem innym niż angielski? Tak Nie (Jeśli nie, przejdź do 3)

Jeśli **Tak**, jakim językiem głównie posługujesz się w domu?

3 Czy jesteś osobą pochodzenia aborygeńskiego lub z Wysp Cieśniny Torresa? Tak Nie (Jeśli nie, przejdź do 4)

Jeśli **Tak**, to czy jesteś pochodzenia Aborygeńskiego Wysp Cieśniny Torresa Aborygeńskiego z Wysp Cieśniny Torresa

4 Wyniki mammografii skryningowej zostaną ci przesłane. Prosimy o podanie danych lekarzy lub specjalistów ds. chorób piersi jeśli chcesz, abyśmy im także je przesłali.

Lekarz _____	Lekarz _____
Nazwa kliniki _____	Nazwa kliniki _____
_____	_____
Adres _____	Adres _____
_____	_____
_____ Kod pocztowy _____	_____ Kod pocztowy _____
Numer telefonu _____	Numer telefonu _____

BreastScreen Victoria nie przeprowadza nie przeprowadza mammografii skryningowej u kobiet w ciąży lub karmiących piersią. Po zaprzestaniu karmienia piersią zalecamy odczekanie co najmniej trzech miesięcy przed wykonaniem mammografii skryningowej.

5 Czy istnieje możliwość, że jesteś w ciąży? Tak Nie

6 Czy karmisz obecnie piersią? Tak Nie

7 Czy zażywasz obecnie środki hormonalne Tak Nie (Jeśli Nie, przejdź do 8)

Jeśli **Tak**, czy rozpoczęłaś zażywanie HRT po ostatniej mammografii skryningowej? Tak Nie

8 Czy ostatnie prześwietlenie piersi odbyło się poza programem BreastScreen Victoria? Tak Nie (Jeśli Nie, przejdź do 9)

Jeśli **Tak**, prosimy o podanie miejsca i daty (miesiąc i rok). Dane mogą być określone w przybliżeniu.

Miejsce Data
M M R R R R

9 Czy u któregośkolwiek z twoich krewnych wykryto kiedykolwiek raka PIERSI?

Dotyczy **tylko**: matki, ojca, siostry, brata, córki, syna, ciotki, wuja, siostry przyrodniej, brata przyrodniego, babki, dziadka, bratanika/siostrzeńca, bratanicy/siostrzenicy.

Tak Nie Nie wiem

Jeśli **Tak**, prosimy wypełnić niniejszą tabelkę:

Członek rodziny (na przykład MATKA)	Wiek, w którym wykryto raka (jeśli istnieją wątpliwości, prosimy podać w przybliżeniu)	Gdzie wykryto raka piersi			Strona rodziny	
		Jedna piersć	Obydwie piersi	Nie wiem	Strona matki	Strona ojca
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pytania 10 i 11 odnoszą się JEDYNIĘ do raka jajników, a NIE innych rodzajów raka takich jak rak jamy brzusznej, szyjki macicy czy macicy.

10 Czy u któregośkolwiek z twoich krewnych rozpoznano kiedykolwiek raka jajników. Tak Nie Nie wiem

Dotyczy **tylko**: matki, siostry, córki, ciotki, siostry przyrodniej, babki, bratanicy/siostrzenicy.

Jeśli **Tak**, prosimy wypełnić tabelkę poniżej:

Krewny	Strona matki	Strona ojca
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 Czy wystąpił u ciebie kiedykolwiek rak jajników?

Tak Nie

12 Czy wystąpił u ciebie kiedykolwiek rak piersi lub DCIS (stan przedrakowy)

Tak Nie (Jeśli Nie, przejdź do 13)

Jeśli **Tak**, czy zastosowano leczenie w stosunku do piersi

Która piersć lub piersi?

Prawa Lewa

Operację zachowawczą piersi (wycięcie guzka)

Mastektomię (usunięcie piersi)

Jeśli inne, prosimy o podanie _____

W którym roku rozpoznano?

R R R R

13 Czy w przeszłości któraś z twoich piersi była operowana?

Tak Nie Prawa Lewa

Jeśli **Tak**, W ciągu ostatnich dwóch lat Ponad dwa lata temu

Jeśli ponad dwa lata temu, w przybliżeniu, którym roku

R R R R

BreastScreen to program dla zdrowych kobiet BEZ objawów.

Jeśli występują u ciebie objawy, zgłoś się do lekarza PRZED wizytą w BreastScreen

14 Czy OBECNIE wyczuwasz u siebie guzki w piersiach?

Tak Nie (Jeśli Nie, przejdź do 15)

Jeśli **Tak**, w której piersi są guzki?

Prawa Lewa

Czy guzki pojawiły się wcześniej niż 12 miesięcy temu?

Tak Nie

Czy lekarz badał guzki?

Tak Nie

15 Czy OBECNIE występuje u ciebie krwisty lub wodnisty wyciek z sutka?

Tak Nie (Jeśli Nie, przejdź do 16)

Jeśli **Tak**, czy wyciek z sutka ma krwiste plamki lub jest czysty/wodnisty?

Prawa Lewa

W której piersi pojawił się wyciek?

Czy wyciek ten pojawił się wcześniej niż 12 miesięcy temu?

Tak Nie

Czy lekarz badał wyciek?

Tak Nie

16 Czy OBECNIE zauważasz jakies inne objawy?

Tak Nie Prawa Lewa

(Jeśli Nie, przejdź do 17) Jeśli **Tak**, prosimy wymienić _____

17 Czy wyrażasz zgodę, aby BreastScreen Victoria otrzymała zdjęcia rentgenowskie piersi i związane z nimi informacje w celu porównania ich i sprawowania nad tobą opieki, zgodnie z Arkuszem Informacyjnym BreastScreen Victoria?

Tak Nie

Podpisując niniejszy dokument, potwierdzam, że zapoznałam się i zrozumiałam Arkusze Informacyjny BreastScreen Victoria. Potwierdzam, że informacje zawarte w niniejszym formularzu są prawdziwe. Wyrażam zgodę na udział w programie BreastScreen. Rozumiem, że mogę zadawać pytania, wstrzymać mammografię skryningową oraz wycofać się z programu w każdej chwili.

Podpis

Data

/ /
D D M M R R R R

Imię i nazwisko _____