

ДОПОЛНЕНИЕ К АНКЕТЕ ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

ФИО пациента

- | | | | |
|-------|---|---------------|--------------|
| 1. | Проходили ли Вы ранее МРТ молочных желез? | Да | Нет |
| 2. | Имеются ли у Вас результаты предыдущих исследований какие именно (отметьте) : УЗИ маммография МРТ | Да | Нет |
| 3. | Жалобы, связанные с молочными железами | | |
| <hr/> | | | |
| <hr/> | | | |
| <hr/> | | | |
| 4. | Были ли у Вас травмы, ушибы молочных желез? | Да | Нет |
| 5. | У Вас есть изменения кожных покровов молочных желез?
если да, то с какой стороны | Да | Нет |
| | | справа | слева |
| 6. | У Вас есть образования в молочных железах, которые Вы определяете самостоятельно при ручном осмотре?
если да, то с какой стороны | Да | Нет |
| | | справа | слева |
| 7. | У Вас есть выделения из сосков молочных желез?
если да, то с какой стороны | Да | Нет |
| | | справа | слева |
| 8. | Были ли у родственников онкологические заболевания молочной железы и/или других органов | Да | Нет |
| 9. | Выявлялись ли у Вас по результатам анализа крови мутации | | |
| | BRCA 1? | Да | Нет |
| | BRCA 2? | Да | Нет |
| 10. | Возраст начала менструации | | |
| 11. | Дата начала последней менструации | | |
| 12. | Возраст наступления менопаузы | | |
| 13. | Гинекологические заболевания (перечислить) | | |
| 14. | Были ли у Вас роды | Да | Нет |
| 15. | Возраст первых родов | | |
| 16. | Принимаете ли Вы лекарственные препараты в настоящее время?
если да, то какие (перечислить) | Да | Нет |
| 17. | Проводилась ли Вам химиотерапия, лучевая терапия?
если проводилась, укажите дату последнего курса лечения | Да | Нет |

Подпись пациента

Подпись (с расшифровкой) лица, собиравшего информацию