

שאלון לקראת בדיקת הדמיה בשד

אנא מלאי והדפיסי לפני הגעתך לאחת הבדיקות הבאות: ממוגרפיה, אולטרסאונד שד, MRI שד, ביופסיית שד

שם פרטי _____ שם משפחה _____ שנת לידה _____

טלפון בבית _____ טלפון נייד _____

משקל _____ גובה _____

האם את בהריון? _____

תאריך וסת אחרון _____

גיל וסת ראשונה _____

מספר הריונות _____ מספר ילדים _____ גיל בלידה ראשונה _____

האם ביצעת ממוגרפיה בעבר?	לא	כן	מתי?	היכן?
האם ביצעת MRI בעבר?	לא	כן	מתי?	היכן?
האם הינקת?	לא	כן	כמה זמן מצטבר?	
האם עברת כריתת רחם ו/או שחלות?	לא	כן	מתי?	
האם קיבלת טיפול הורמונלי חליפי לאחר הפסקת המחזור?	לא	כן	במשך כמה זמן?	סוג?
האם נטלת גלולות למניעת הריון?	לא	כן	במשך כמה זמן?	סוג?
האם עברת טיפולי פוריות?	לא	כן	במשך כמה זמן?	
האם יש לך סיפור משפחתי של סרטן שד?	לא	כן	מה הקרבה?	באיזה גיל?
האם יש לך סיפור משפחתי של סרטן שחלה?	לא	כן	מה הקרבה?	באיזה גיל?
האם עברת ניתוח פלסטי בשד?	לא	כן	מתי?	
האם עברת ביופסיה משד ימין?	לא	כן	מתי?	ממאיר / שפיר
האם עברת ביופסיה משד שמאל?	לא	כן	מתי?	ממאיר / שפיר
האם עברת ניתוח להסרת גידול משד ימין?	לא	כן	סוג הניתוח?	
האם עברת ניתוח להסרת גידול משד שמאל?	לא	כן	סוג הניתוח?	
האם עברת הקרנות לשד?	לא	כן	מתי?	
האם קיבלת טיפול כימותרפי?	לא	כן	מתי?	
האם קיבלת את התרופה טמוקסיפן?	לא	כן	מתי?	
האם סבלת ממחלה ממאירה?	לא	כן	איזו?	
האם את רגישה לתרופות?	לא	כן	איזה?	
האם את נשאית הגן BRCA1/2?	לא	כן		

הסיבה לביצוע הבדיקה ותלונות בשד:

☐ הפרשה מהפטמה

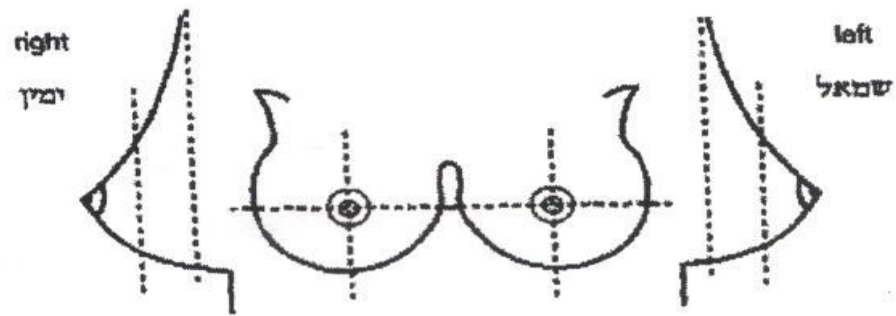
☐ אחר _____

☐ גוש חדש

☐ שינויים בעור

☐ אין / מעקב

☐ יש



_____ גורם מפנה:

_____ טכנאית: