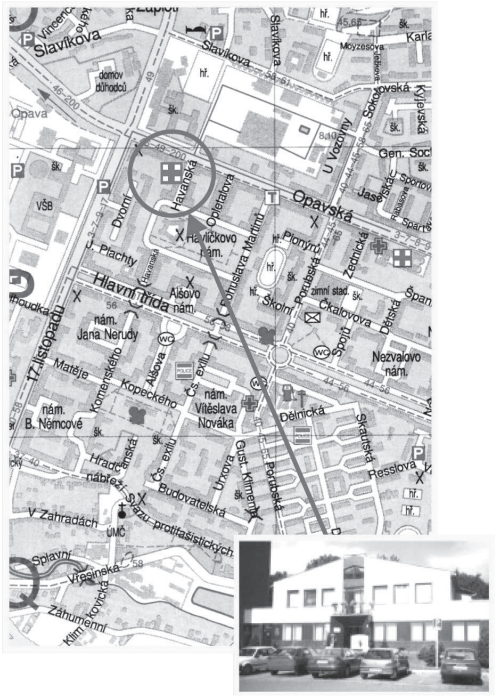
Silesia Medical, s.r.o.
Komplexní péče o ženu
Havanská 6145/4a, 708 00 Ostrava-Poruba
tel.: 596 910 551, 596 910 378, mobil:775 998 797, fax: 596 927 524,
e-mail: info@silesiamedical.cz, www.silesiamedical.cz



Kód pojišťovny

Poukaz na vyšetření

Pacient

Č. pojištěnce | Diagnóza

Požadováno:

- ☐ preventivní screeningová mamografie
- ☐ vyšetření v mamologické poradně
- ☐ denzitometrické vyšetření
- ☐ jiné

Na vyšetření se objednejte osobně nebo telefonicky na číslech **596 910 378, 596 910 551, 775 998 797.**

Datum:

Razítko a podpis:

DOTAZNÍK RIZIKOVÝCH FAKTORŮ

1. Vyskytla se již ve vaší rodině rakovina prsu? Ano ☐ Ne ☐
   - 1a) jestliže ano, tak u: Matky ☐ Sestry ☐ Babičky ☐ Jiné ☐
   - 1b) jestliže ano - věk nemocné příbuzné ☐
2. Vyskytla se ve vaší rodině rakovina vaječníku? Ano ☐ Ne ☐
   - 2a) jestliže ano - u koho: Matky ☐ Sestry ☐ Babičky ☐ Jiné ☐
   - 2b) jestliže ano - věk nemocné příbuzné ☐
3. Vyskytla se ve vaší rodině rakovina jiného orgánu? Ano ☐ Ne ☐
   - 3a) jestliže ano - kterého orgánu (střevo, kůže...) ☐
4. Nahmatala jste se již některý útvar (bulku) v prsu? Ano ☐ Ne ☐
5. Váš věk při prvním menstruakčním krvácení ☐ a při zániku menstruace ☐
6. Váš věk při první porodu ☐ Počet porodu ☐
7. Užívala jste nebo užíváte jinou hormonální léčbu než antikoncepci? Ano ☐ Ne ☐
   - 7a) jestliže ano, tak: 1 - 5 let ☐ 6 - 10 let ☐ více než 10 let ☐
8. Měla jste někdy úraz prsu? Ano ☐ Ne ☐
   - 8a) jestliže ano, tak v kolika letech ☐
9. Byl u vás proveden odběr vzorku z prsu (biopsie)? Ano ☐ Kolikrát ☐ Ne ☐
10. Byla jste někdy léčena zářením na oblast hrudníku? Ano ☐ Ne ☐
11. Poslední mamografické vyšetření provedeno kdy ☐ kde ☐

Souhlasím s pozváním na vyšetření

V ..... dne ..... Podpis klientky