

ANKIETA MEDYCZNA

Rodzaj formy wsparcia:	<input type="checkbox"/> Realizacja działań edukacyjno-informacyjnych <input checked="" type="checkbox"/> Realizacja badań cytologicznych
Nr identyfikacyjny badania:	
Symbol badania:	
Data badania:	

Imię i nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Adres zamieszkania:	
Czy wyraża Pani zgodę na powiadomienia poprzez SMS lub e-mail?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Nr telefonu komórkowego:	
Adres e-mail:	

Informację o badaniach profilaktycznych uzyskała Pani od:	<input type="checkbox"/> lekarz POZ <input type="checkbox"/> lekarz specjalista <input type="checkbox"/> położna lub pielęgniarka <input type="checkbox"/> prasa, radio, telewizja, Internet, media społecznościowe <input type="checkbox"/> zaproszenie SMS <input type="checkbox"/> zaproszenie otrzymane pocztą <input type="checkbox"/> ulotka <input type="checkbox"/> spotkania edukacyjno-informacyjne <input type="checkbox"/> inne źródła, jakie?		
Pierwsza miesiączka (wiek): lat	ostatnia miesiączka (wiek lub ostatnia data):
Liczba porodów:		
Czy pali Pani papierosy lub inne wyroby tytoniowe?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> PRZESTAŁAM		
Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Czy przechodziła Pani hormonoterapię?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Czy stosuje Pani IUD?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Czy w ciągu ostatnich 3 lat miała Pani wykonywaną cytologię w ramach NFZ?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		



Data ostatniego badania cytologicznego:		Wynik:	
Obecność DNA HPV wysokiego ryzyka:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Czy u pacjentki i/lub w rodzinie pacjentki wystąpił nowotwór złośliwy szyjki macicy lub inne schorzenie wymagające specjalistycznego leczenia w zakresie onkologii?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Osoba wykonująca badanie:			
Ocena makroskopowa szyjki macicy:	<input type="checkbox"/> stan zapalny <input type="checkbox"/> nadżerka (ektopia) <input type="checkbox"/> przerost <input type="checkbox"/> polip <input type="checkbox"/> owrzodzenie <input type="checkbox"/> kłykcina (brodawczak) <input type="checkbox"/> zniekształcenie <input type="checkbox"/> martwica <input type="checkbox"/> guz (naciek) <input type="checkbox"/> inne, jakie?		
Oświadczam, że na badanie przyszedłam: - nie wcześniej niż 4 dni po ostatnim dniu miesiączki i nie później niż 4 dni przed rozpoczęciem miesiączki, - co najmniej 4 dni po użyciu gąłek dopochwowych, - co najmniej dzień po badaniu ginekologicznym. W dniu badania nie wykonywano irygacji.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Uwagi:			

.....
Podpis pacjentki

.....
Podpis osoby przeprowadzającej badanie