

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ANKIETA DLA KOBIET OBJĘTYCH POPULACYJNYM PROGRAMEM WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA SZYJKI MACICY

Nr identyfikacyjny badania: Data badania:

Symbol badania:

Adres zamieszkania

1. PESEL:

5. Kod, Miasto:

2. Nazwisko:

6. Gmina/Dzielnica:

3. Imię:

7. Ulica:

4. Data urodzenia:

8. Nr telefonu:

9. Czy wyraża Pani zgodę na przekazywanie informacji poprzez SMS lub e-mail?

10. Nr telefonu komórkowego: 11. Adres e-mail:

12. Zajęcie: uczeń pracownik umysłowy pracownik fizyczny
 rolnik emeryt/rencista inny

13. Wykształcenie: niepełne podstawowe podstawowe zas. zawodowe
 średnie niepełne wyższe wyższe

14. Informację o badaniach profilaktycznych uzyskała Pani od:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> lekarz POZ | <input type="checkbox"/> zaproszenie SMS |
| <input type="checkbox"/> lekarz specjalista | <input type="checkbox"/> imienne zaproszenie otrzymane pocztą |
| <input type="checkbox"/> położna lub pielęgniarka środowiskowa | <input type="checkbox"/> inne źródła, jakie? |
| <input type="checkbox"/> prasa, radio, telewizja, Internet | |

15. Pierwsza miesiączka (wiek): ostatnia miesiączka (wiek lub ostatnia data):

16. Liczba porodów:

17. Czy pali Pani papierosy lub inne wyroby tytoniowe? nie tak przestała

18. Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne? nie tak

19. Czy przechodziła Pani hormonoterapię? nie tak

20. Czy stosuje Pani IUD? nie tak

21. Data ostatniego badania cytologicznego: wynik

22. Obecność DNA HPV wysokiego ryzyka: nie tak

23. Lekarz wykonujący badanie:

24. Ocena makroskopowa szyjki macicy:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> stan zapalny | <input type="checkbox"/> kłykcina (brodawczak) |
| <input type="checkbox"/> nadżerka (ektopia) | <input type="checkbox"/> zniekształcenie |
| <input type="checkbox"/> przerost | <input type="checkbox"/> martwica |
| <input type="checkbox"/> polip | <input type="checkbox"/> guz (naciek) |
| <input type="checkbox"/> owrzodzenie | <input type="checkbox"/> inne |

25. Uwagi:
.....
.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.97 o Ochronie Danych Osobowych (Dz. Ust. Nr 133 poz. 883) dla potrzeb realizacji i monitorowania profilaktycznych programów zdrowotnych.

.....
podpis pacjentki