

## MR DOJKE VPRAŠALNIK ZA PACIENTE

Ime in priimek ..... Datum rojstva .....

1. Prosimo, da navedete vzrok napotitve na MR preiskavo dojk.

- |   |                     |
|---|---------------------|
| 1.1. Tipna sprememba v dojki            | <b>desno / levo</b> |
| 1.2. Novo ugotovljen rak dojke          | <b>desno / levo</b> |
| 1.3. Kontrola po zdravljenju raka dojke | <b>desno / levo</b> |
| 1.4. Izcedek iz bradavic                | <b>desno / levo</b> |
| - opišite barvo izcedka .....           |                     |
| 1.5. Bolečina v dojki                   | <b>desno / levo</b> |
| 1.6. Povečane bezgavke v pazduhi        | <b>desno / levo</b> |
| 1.7. Težave s prsnimi vsadki            | <b>desno / levo</b> |
| 1.8. Povečano tveganje za rak dojke     |                     |
| 1.9. Drugo: .....                       |                     |

2. Ali ste predhodno že opravili katero izmed navedenih diagnostičnih preiskav dojk?

- če **DA**, označite vrsto in datum preiskave ter priložite morebitne izvide:

- |                     |                |                             |
|---------------------|----------------|-----------------------------|
| 2.1. Mamografija    | <b>DA / NE</b> | <b>datum preiskave.....</b> |
| 2.2. Ultrazvok dojk | <b>DA / NE</b> | <b>datum preiskave.....</b> |
| 2.3. MR dojk        | <b>DA / NE</b> | <b>datum preiskave.....</b> |

3. Ali ste že imeli igelno biopsijo dojke? **DA / NE** **datum preiskave.....**

4. Ali ste že imeli kirurški poseg na dojki? **DA / NE**

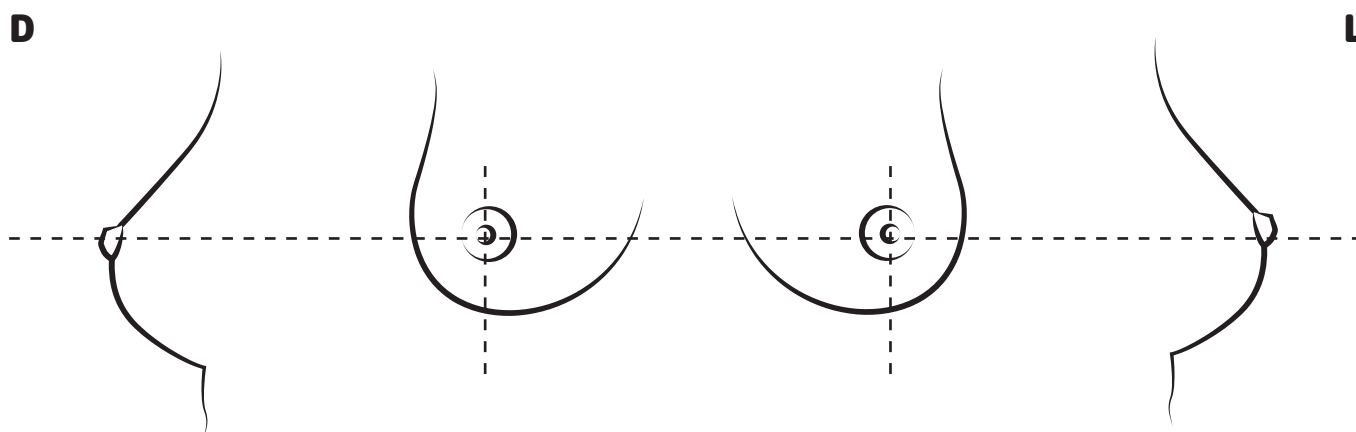
- če **DA**, označite vrsto in datum posega ter priložite morebitne histološke izvide:

- |  |                     |                          |
|--|---------------------|--------------------------|
| 4.1. Odstranitev spremembe (benigne ali maligne) v dojki | <b>desno / levo</b> | <b>datum posega.....</b> |
| 4.2. Odstranitev dela ali celotne dojke                  | <b>desno / levo</b> | <b>datum posega.....</b> |
| 4.3. Zmanjšanje dojk(e)                                  | <b>desno / levo</b> | <b>datum posega.....</b> |
| 4.4. Rekonstrukcija dojk(e)                              | <b>desno / levo</b> | <b>datum posega.....</b> |
| 4.5. Vstavitev prsnih vsadkov                            | <b>desno / levo</b> | <b>datum posega.....</b> |
| 4.6. Odstranitev prsnih vsadkov                          | <b>desno / levo</b> | <b>datum posega.....</b> |

**MR DOJKE  
VPRAŠALNIK ZA PACIENTE**

5. Ali še imate menstruacijo? **DA / NE**  
 - če **DA**, navedite datum prvega dne zadnje menstruacije .....
6. Ali ste v zadnjih 6 mesecih jemali kontracepcijske tablete ali hormonsko nadomestno terapijo? **DA / NE**  
 - če **DA**, ali jo še jemljete? **DA / NE**  
 - če **NE**, kdaj ste jo nehali jemati? .....
7. Ali trenutno dojite? **DA / NE**
8. Ali je kdo od vaših družinskih članov (mama, sestra, babica, teta, drugi) že zbolel za rakom dojke? **DA / NE**  
 - če **DA**, pri kateri starosti je bila bolezen odkrita? .....
9. Ali je kdo od vaših družinskih članov zbolel za rakom jajčnikov? **DA / NE**  
 - če **DA**, pri kateri starosti je bila bolezen odkrita? .....
10. Ali ste predhodno že opravili genetska testiranja? **DA / NE**  
 - če **DA**, ali so vam odkrili katero izmed genetskih nepravilnosti in katero?  
 .....

**OZNAČITE LOKACIJO TIPNE SPREMEMBE ALI KATEREGAKOLI OPERACIJSKEGA POSEGA NA DOJKAH!**



Podpis .....