

VPRAŠALNIK ZA MR PREISKAVO DOJK

Ime in priimek Datum rojstva

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

- | | |
|---|--------------|
| 1.1 Tipna sprememba v dojki | desno / levo |
| 1.2. Novo ugotovljen rak dojke | desno / levo |
| 1.3. Kontrola po zdravljenju raka dojke | desno / levo |
| 1.4. Izcedek iz bradavic | desno / levo |
| - opišite barvo izcedka | |
| 1.5. Bolečina v dojki | desno / levo |
| 1.6. Povečane bezgavke v pazduhi | desno / levo |
| 1.7. Težave s prsnimi vsadki | desno / levo |
| 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 | DA / NE | datum preiskave..... |
| 2.2. Ultrazvok dojk | DA / NE | datum preiskave..... |
| 2.3. MR dojk | DA / NE | datum preiskave..... |

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

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

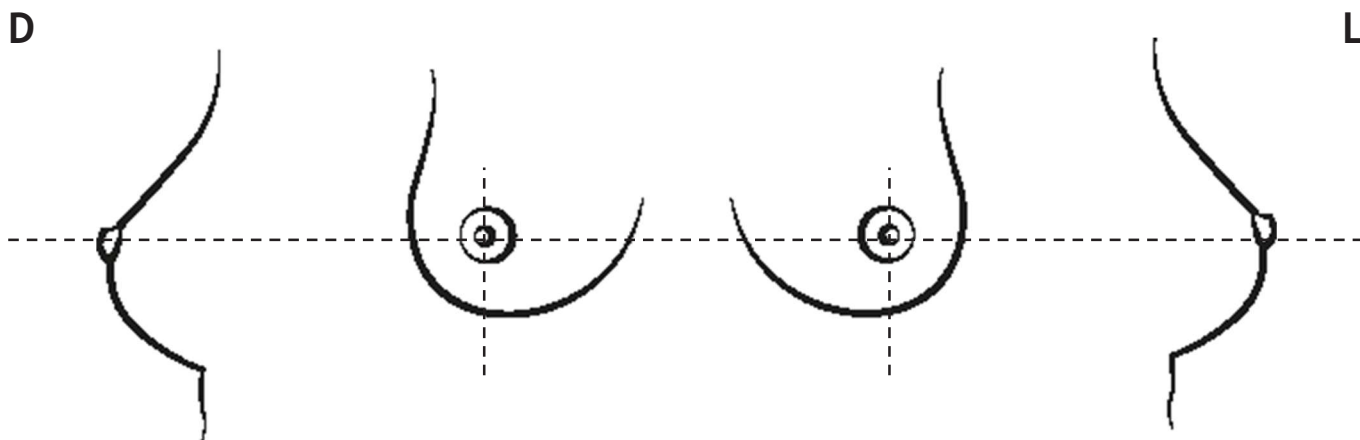
- če DA, označite vrsto in datum posega ter priložite morebitne histološke izvide:

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

VPRAŠALNIK ZA MR PREISKAVO DOJK

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 pacienta

Maribor, (datum in ura)

MDT&T d.o.o.