

DOTAZNÍK K VYŠETRENIU MAMOGRAFIU (MMG)

Na účely poskytnutia zdravotnej starostlivosti vyplňte, prosím, tento dotazník.

ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIE (identifikácia/pečiatka ZZ)

Nemocnica s poliklinikou
Spišská Nová Ves, a. s.
Jánskeho 1
052 01 Spišská Nová Ves
Tel. č.: 053 4199 270

PRACOVISKO/ODDELENIE:

Rádiodiagnostické oddelenie

MIESTO:

Mamografické pracovisko - MMG

MENO A PRIEZVISKO PACIENTA:

TELEFÓNNE ČÍSLO:

E-MAIL:

ADRESA:

Váš e-mail a telefón slúži pre potreby prípadnej komunikácie, nie na zasielanie výsledkov.

PSČ:

KÓD ZDRAV. POISŤOVNE:

RODNÉ ČÍSLO:

AKTUÁLNA HMOTNOSŤ:

 kg

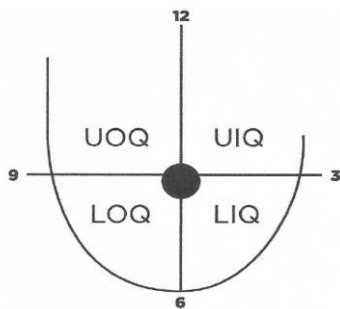
AKTUÁLNA VÝŠKA:

 cm

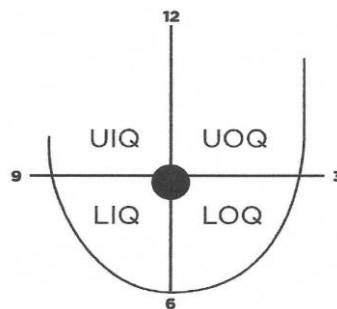
Som tehotná	<input type="radio"/>	áno	<input type="radio"/>	nie
Dojčiacca matka	<input type="radio"/>	áno	<input type="radio"/>	nie
Počet pôrodov:				
Užívate alebo ste užívali hormonálnu liečbu (antikoncepcia, hormóny štítnej žľazy ...)?	<input type="radio"/>	áno	<input type="radio"/>	nie
Dátum poslednej menštruácie (staršie ženy rok poslednej menštruácie)?				
Boli ste niekedy na mamografii?	<input type="radio"/>	áno	<input type="radio"/>	nie
Ak áno, kedy bola realizovaná posledná MMG? mesiac/rok				
Výsledok (snímky, CD) predchádzajúcich MMG odovzdám:	<input type="radio"/>	áno	<input type="radio"/>	nie
Boli ste už na ultrasonografickom (USG) vyšetrení prsníkov?	<input type="radio"/>	áno	<input type="radio"/>	nie
Ak áno, kedy bol realizovaný posledný USG? mesiac/rok				
Výsledok predchádzajúceho USG odovzdám:	<input type="radio"/>	áno	<input type="radio"/>	nie
Mali ste niekedy zápal prsníka)	<input type="radio"/>	áno	<input type="radio"/>	nie
Ak áno, kedy?				
Prekonali ste operáciu prsníka?	<input type="radio"/>	áno	<input type="radio"/>	nie
Ak áno, kedy a akú?				
Máte momentálne ťažkosti s prsníkmi?	<input type="radio"/>	áno	<input type="radio"/>	nie
Ak áno, aké?				
Máte výtok z bradavky?	<input type="radio"/>	áno	<input type="radio"/>	nie
Ak áno, akej farby?				
Zmenila sa vaša hmotnosť od poslednej MMG?	<input type="radio"/>	áno	<input type="radio"/>	nie
Ak áno, koľko kg?				
Dnešná MMG:	<input type="radio"/>	prevencia	<input type="radio"/>	iné
Boli ste liečená v minulosti na rakovinu prsníka alebo vaječníkov?	<input type="radio"/>	áno	<input type="radio"/>	nie
Ak áno, kedy?				
Objavil sa vo vašej rodine karcinóm prsníka?	<input type="radio"/>	áno	<input type="radio"/>	nie
Ak áno, ktorý príbuzný:	<input type="radio"/>	matka, vek:	<input type="radio"/>	sestra, vek:
	<input type="radio"/>	teta, vek:	<input type="radio"/>	stará mama, vek:
Užívate v súčasnosti nejaké lieky?	<input type="radio"/>	áno	<input type="radio"/>	nie
Ak áno, aké?	<input type="radio"/>	antikoncepcia	<input type="radio"/>	substitučná terapia
	<input type="radio"/>	iné, aké?		
Iné:				

Prosím, otočte list

NÁKRES ROZDELENIA PRSNÍKOV NA KVADRANTY



RIGHT - PRAVÝ



LEFT - ĽAVÝ

UOQ - Upper outer quadrant - Horný vonkajší kvadrant

UIQ - Upper inner quadrant - Horný vnútorný kvadrant

LOQ - Lower outer quadrant - Dolný vonkajší kvadrant

LIQ - Lower inner quadrant - Dolný vnútorný kvadrant

Kožné nálezy - vyznačí rádiologický technik:

① Materské znamienko

② Jazva

③ Bradavica

④ Iná rezistencia _____

Poučenie a informovaný súhlas s rádiodiagnostickým vyšetrením *

Pacient, resp. aj jeho zákonný zástupca alebo sprevádzajúca osoba pacienta bol/a informovaný/á odosielajúcim lekárom o účele, povahe, následkoch, rizikách poskytnutia, ako aj o rizikách spojených s odmietnutím navrhovaných diagnostických postupov, podľa **Z. z. 576/2004 o zdravotnej starostlivosti § 6**. Zároveň prehlasuje, že odosielajúcemu lekárovi som nezatajil/li žiadne vážnejšie ochorenia, ktoré môžu mať vplyv na priebeh a výsledok vyšetrenia. Dotknutá osoba svojim podpisom potvrdzuje, že bol/a poučený/á zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas.

ŽENY VO FERTILNOM VEKU (obdobie ženy, kedy môže byť gravidná, zväčša 15 až 49 rokov)

Čestne prehlasujem, že v čase vyšetrenia nie som gravidná a o možnom riziku ionizačného žiarenia som bola dostatočne a mne zrozumiteľne poučená. V prípade, že som dojčiaci matka, informovala som o tejto skutočnosti ošetrojúceho lekára / zdravotný personál.

DÁTUM VYŠETRENIA:

PODPIS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU A VZŤAH:

SPREVÁDZAJÚCA OSOBA vstupujúca na nevyhnutný čas do kontrolovaného pásma s ionizujúcim žiarením.

PRIEZVISKO, MENO SPREVADZAJÚCEJ OSOBY:

ROK NARODENIA:

DÁTUM VYŠETRENIA:

PODPIS SPREVADZAJÚCEJ OSOBY:

*Pracoviská s ionizujúcim žiarením RDG oddelenia Nemocnice s poliklinikou Spišská Nová Ves, a. s., postupujú podľa vyhlášky MZ SR č. 101/2018 Z. z. § 3 - 5 pri zabezpečovaní optimalizácie lekárskeho ožiarovania a radiačnej ochrany pacienta a sprevádzajúcej osoby.

MENO ZAMESTNANCA:

DÁTUM:

PODPIS:

* Informovaný súhlas je súčasťou zdravotnej dokumentácie podľa § 19 ods. 2 písm. b) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.