

# שאלון לנבדקת

מספר ת"ז :

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_

שנת לידה: \_\_\_\_\_

נייד: \_\_\_\_\_ טל' בית: \_\_\_\_\_

משקל: \_\_\_\_\_ גובה: \_\_\_\_\_ מצהירה שאני לא בהריון: \_\_\_\_\_

תאריך וסת אחרון: \_\_\_\_\_ וסת ראשונה בגיל: \_\_\_\_\_

מספר הריונות: \_\_\_\_\_ מספר ילדים: \_\_\_\_\_ גיל בלידה ראשונה: \_\_\_\_\_

שם הרופא המטפל/רופא מפנה בקופת חולים: \_\_\_\_\_

האם ביצוע ממוגרפיה אחרונה	לא	כן	מתי?	היכן?
האם ביצעת MRI שד בעבר?	לא	כן	מתי?	היכן?
האם הנקת?	לא	כן	כמה זמן מצטבר?	
האם עברת כריתת רחם ו/או שחלות?	לא	כן	מתי?	
האם קיבלת טיפול הורמונאלי- גלולות למניעת הריון	לא	כן	משך זמן?	סוג?
האם עברת טיפולי פוריות?	לא	כן	כמה זמן?	
האם השתמשת אי פעם בטיפול הורמונלי חלופי?	לא	כן	כמה זמן?	
האם יש סיפור משפחתי של סרטן שד?	לא	כן	מה הקרבה?	באיזה גיל?
האם יש סיפור משפחתי של סרטן שחלה?	לא	כן	מה הקרבה?	באיזה גיל?
האם עברת : ניתוח פלסטי בשד?	לא	כן	מתי?	
ביופסיה בשד ימין?	לא	כן	מתי?	ממאיר/שפיר
ביופסיה בשד שמאל?	לא	כן	מתי?	ממאיר/שפיר
ניתוח להסרת גידול משד ימין?	לא	כן	סוג הניתוח?	
ניתוח להסרת גידול משד שמאל?	לא	כן	סוג הניתוח?	
האם טופלת ב : הקרנות לשד?	לא	כן	מתי?	
כימותרפיה?	לא	כן	מתי?	
טמוקסיפן?	לא	כן	מתי?	
האם סבלת ממחלה ממאירה אחרת?	לא	כן	איזה?	מתי?
האם יש לך רגישות לתרופות?	לא	כן	שם התרופה?	
האם את נשאית BRCA1/2 (בדיקה גנטית)	לא	כן		

## סיבה לביצוע ממוגרפיה ותלונות בשד:

מעקב  גוש חדש  הפרשה מהפטמה  שינויים בעור  אחר

ימין



שמאל

תאריך	אין שינוי בפרטים בדף	יש שינוי בפרטים בדף	חתימה
1			
2			
3			
4			

גורם מפנה: \_\_\_\_\_ טכנאית: \_\_\_\_\_