

ANKIETA DLA KOBIEC
OBJĘTYCH PROGRAMEM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY
(prosimy wypełniać drukowanymi literami)

Nr identyfikacyjny badania:

- | | |
|--------------------------|-----------------------------|
| 1. Nazwisko: | 5. Miasto: - |
| 2. Imię: | 6. Gmina / dzielnica: |
| 3. Data urodzenia: | 7. Ulica: |
| 4. PESEL: | 8. Nr telefonu:..... |
9. Czy wyraża Pani zgodę na przekazywanie informacji poprzez SMS lub e-mail? TAK / NIE
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:
- | | |
|--|---------------------------------------|
| lekarz POZ | zaproszenie SMS |
| lekarz specjalista | imiennie zaproszenie otrzymane pocztą |
| położna lub pielęgniarzka środowiskowa | inne źródła |
| prasa, radio, telewizja, internet | |

INFORMACJE O STANIE ZDROWIA

1. Pierwsza miesiączka (wiek):.....
2. Ostatnia miesiączka (wiek lub dokładna data):
3. Liczba porodów:
4. Czy pali Pani papierosy lub inne wyroby tytoniowe? nie tak przestałam
5. Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne? nie tak
6. Czy przechodziła Pani hormonoterapię? nie tak
7. Czy stosuje Pani IUD? nie tak
8. Data ostatniego badania cytologicznego: wynik
9. Obecność DNA HPV wysokiego ryzyka: nie tak
10. Data badania (pobrania rozmazu):
11. Symbol badania:
12. Lekarz wykonujący badania:
13. Ocena makroskopowa szyjki macicy:
- stan zapalny
 - kłykcina (brodawczak)
 - nadżerka (ektopia)
 - zniekształcenie
 - przerost
 - martwica
 - polip
 - guz (naciek)
 - owrzodzenie
 - inne
14. Uwagi.....