

שאלון לנבדק/ת

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____
 שם פרטי ומשפחה באותיות לועזיות: _____
 מספר זהות: _____ תאריך לידה: _____ / _____ / _____ ארץ לידה: _____
 טל' בית: _____ טל' נייד: _____ טל' עבודה: _____
 כתובת: _____ כתובת E-Mail: _____

1. האם את בהריון? כן / לא
2. האם ידוע לך על רגישות או אלרגיה לחומר או תרופה כלשהי? כן / לא איזה?
3. האם את/ה נוטלת נוגדי קרישה כגון קומדין או אספירין? כן / לא איזה?
4. האם יש לך HIV / Hepatitis C / נשאות ל-HIV?

וסת ראשונה בגיל _____ וסת אחרונה (תאריך/גיל) _____
 האם מחזור סדיר? כן / לא מספר הריונות (כולל הפלות) _____ מספר לידות _____ גיל בעת לידה ראשונה _____
 מספר הפלות _____ מספר הפלות מלאכותיות _____ מספר הפלות טבעיות _____ משך הנקה כולל _____

מחלות אצל הנבדקת:

האם סבלת ממחלה כרונית? כן / לא איזו?
 האם סבלת ממחלת שד בעבר? כן / לא איזו?
 האם סבלת ממחלה ממאירה? כן / לא איזו?

האם עברת בדיקה גנטית (לסרטן השד)? כן / לא האם את/ה נשאית? כן / לא

מחלות סרטניות במשפחה: אצל מי? _____ באיזה איבר?
 מחלת שד במשפחה: אצל מי?

תרופות הנלקחות בקביעות:

נטילת הורמונים? כן / לא למניעת הריון/ גיל המעבר/ פוריות/ אחר: _____
 שם ההורמון _____ ממתני (גיל ההתחלה)? _____ הפסקה ממתני _____
 האם יש לך התקן תוך רחמי מסוג מירנה? כן / לא
 תרופות אחרות? כן / לא איזו?

טיפולים:

כימותרפיה כן / לא ממתני? _____ עד מתי?
 הקרנות כן / לא ממתני? _____ עד מתי?
 טיפולים אחרים _____

בדיקות שד/ ניתוחי שדיים:

בדיקת שד קלינית (ידנית) אחרונה: מתי? _____ ממוגרפיה בעבר? מתי?
 אולטרסאונד שד בעבר? מתי? _____ MRI שד? מתי?
 דיקור FNA (שאיבה)? מתי? _____ ביופסית מחט (ממוטומיה)? מתי? _____ שד שמאל / ימין
 אבחנה _____
 ניתוח להסרת גידול? מתי? _____ שד שמאל / ימין
 ניתוח בלוטות? מתי?
 ניתוח פלסטי בשד: הרמה / הקטנה / הגדלה / שיחזור? מתי?

הנבדקת/ מוזמן/ת לבדיקת: ממוגרפיה / אולטרסאונד / דיקור / ביופסית מחט / סימון
 הסיבה לביצוע הבדיקה: מעקב/ שיגרה/ גוש בשד ימין-שמאל/ כאבים בשד ימין-שמאל/
 הפרשות מהשד ימין-שמאל/ אחר

תאריך מילוי השאלון: _____ חתימה: _____



ממוגרפיה, אולטרסאונד ובריאות האשה