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

Nr identyfikacyjny badania: .....

1. Nazwisko: .....
2. Imię: .....
3. Data urodzenia: .....
4. PESEL:
5. Miasto: - .....
6. Gmina / dzielnica: .....
7. Ulica: .....
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
lekarz specjalista
położna lub pielęgniarka środowiskowa
prasa, radio, telewizja, internet
zaproszenie SMS
imienne zaproszenie otrzymane pocztą
inne źródła

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.....