



Ankieta Kwalifikująca

Program Badań Przesiewowych dla Wczesnej Diagnostyki Raka Trzonu Macicy

Nazwisko i Imię : Data Urodzenia : (rok/miesiąc/Dzień)/...../.....

Data ostatniej miesiączki:/...../..... rok/m-c/dzień	
Wzrost:	Waga:.....	
Ciąże i porody:		
Porody naturalne:.....	Cięcia cesarskie:.....	
Poronienia:.....		
Czy choruje lub chorowała Pani na którąś z niżej wymienionych chorób:	TAK	NIE
Nadciśnienie tętnicze		
Cukrzyca		
Otyłość/nadwaga		
Zespół policystycznych jajników		
Przebyta lub aktywna choroba nowotworowa		
Jeśli tak, jaki to nowotwór?		
Kiedy został rozpoznany (rok)?		
Czy pali lub paliła Pani papierosy?		
Jeśli tak, to ile lat?		
Czy stosowała Pani w przeszłości hormonalną terapię zastępczą? Do kiedy?		
Czy stosuje Pani aktualnie hormonalną terapię zastępczą?		
Czy stosowała Pani w przeszłości antykoncepcję doustną?		
Czy u Pani w rodzinie występowały choroby nowotworowe?		
Jeśli tak, to u którego z krewnych (matka, ojciec, rodzeństwo, dzieci, dziadkowie) i jaki to był nowotwór?		
Krewny:	Rodzaj nowotworu:	Wiek zachorowania