

## **Szakmai kérdőív emlő MR vizsgálathoz**

**Kedves Betegünk! Az alábbi adatok részletes megadása az Ön diagnózisának lehető legpontosabb felállítását célozza. Kérjük szíveskedjék ennek megfelelően kitölteni.**

Név: .....

TAJ szám: .....

---

**Volt-e Önnek daganatos megbetegedése ?** Igen / Nem  
Amennyiben igen, milyen típusú? emlőrák/egyéb: .....  
.....Mikor?.....

**Van-e Önnek kimutatott emlőrák génmutációja (BRCA)?** Igen / Nem  
**Emlőrák előfordult-e a családjában?** Igen, 1 rokonnál / Igen, .... rokonnál / Nem  
**Petefészekrák előfordult-e a családjában?** Igen / Nem

---

**Menstruációs ciklusa?** Van, szabályos / Van, rendszertelen / Nincs ciklusom  
*Utolsó menstruáció időpontja:* 1 hete / 2 hete / 3 hete / 4 hete / egyéb: .....  
**Hormonkezelést (lombikprogram) most kap-e?** Igen / Nem  
**Változókori hormonpótlást most kap-e?** Igen / Nem

---

**Történt-e korábban mammográfia?** Igen / Nem  
ha igen, mikor: .....  
ebben a kórházban / máshol  
*Ha máshol: film, CD vagy lelet van-e?*  
Nálam van / Van, de nincs nálam / Nincs

**Történt-e korábban emlő ultrahang vizsgálat?** Igen / Nem  
ha igen, mikor: .....  
ebben a kórházban / máshol  
*Ha máshol: film, CD vagy lelet van-e?*  
Nálam van / Van, de nincs nálam / Nincs

**Történt-e korábban emlő MR vizsgálat?** Igen / Nem  
ha igen, mikor: .....  
ebben a kórházban / máshol  
*Ha máshol: film, CD vagy lelet van-e?*  
Nálam van / Van, de nincs nálam / Nincs

---

**Történt-e Önnél emlőbiopszia (mintavétel)?** Igen / Nem  
Ha igen, az eredménye mi volt? jóindulatú / rosszindulatú / egyéb: .....  
Melyik oldalon: Jobb oldalon / Bal oldalon / Mindkét oldalon  
Mikor? .....  
.....  
Citológiai, szövettani lelet van-e? Nálam van / Van, de nincs nálam / Nincs

---

A kérdőív a hátoldalon folytatódik.

**KORÁBBI, EMLŐ VONATKOZÁSÚ LELETEIT, ZÁRÓJELENTÉSEIT, FILMJEIT,  
CD-IT KÉRJÜK KÉSZÍTSE ELŐ, BEHÍVÁSNÁL AZ ASSZISZTENS KÉRHETI ÖNTŐL!**

**Emlőműtétje volt-e?** Jobb oldalon Bal oldalon Mindkét oldalon Nem  
Ha igen, milyen műtét? plasztikai / csomó eltávolítás / egyéb:.....  
.....  
Mikor történt(ek) az emlőműtét(ek)? .....  
*amennyiben egy éven belül, akkor hány hónappal ezelőtt?.....*  
A műtét eredménye mi volt? jóindulatú / rosszindulatú / egyéb: .....  
**Sugárkezelés történt-e?** Igen, a befejezés dátuma: ..... / Nem történt  
**Kemoterápiát most kap-e?** Igen / Nem

---

**Van-e emlőimplantátuma?** Igen / Nem  
Ha igen, akkor mikor történt az implantátum beültetése? .....  
Ha cserélték az implantátumot, mikor? .....  
Van-e panasza az implantátumra? Jobb oldalon / Bal oldalon / Mindkét oldalon / Nincs  
Érte-e sérülés az implantátum területét? Jobb oldalon / Bal oldalon / Mindkét oldalon / Nem

---

**Jelenleg van-e emlőpanasza?** Igen / Nem  
ha igen, milyen:  
  
érzékenység/fájdalom? Jobb oldalon / Bal oldalon / Mindkét oldalon / Nincs  
tapintható csomó? Jobb oldalon / Bal oldalon / Mindkét oldalon / Nincs  
emlőbimbó elváltozás (kiütés, hámlás)? Jobb oldalon / Bal oldalon / Mindkét oldalon / Nincs  
emlőbimbó váladékozás? Jobb oldalon / Bal oldalon / Mindkét oldalon / Nincs  
amennyiben válasza igen, milyen színű? átlátszó / véres / egyéb: .....

Egyéb panasza:.....  
.....  
.....

---

Aláírás: .....