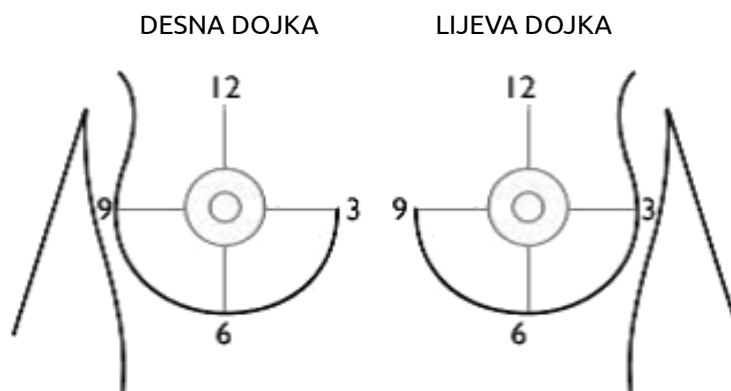


Ime i prezime: _____ Datum rođenja: _____

Odgovorite na sva pitanja zaokruživanjem ponuđenih odgovora.

				DA	NE
Imate li iscjedak ili bolnost dojki, kvržicu u dojci?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ima li tko u obitelji rak dojke?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Navedite godište osobe:	MAJKA	SESTRA	BAKA	OSTALO	
Imate li menstrualni ciklus?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ako je odgovor DA, datum posljednje menstruacije:					
Uzimate li nadomjesnu hormonsku terapiju?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeste li trudni?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeste li ikada imali operaciju dojke?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koje godine - benigna biopsija?		desno	lijevo		
Koje godine - kvadrantektomija?		desno	lijevo		
Koje godine - mastektomija?		desno	lijevo		
Jeste li imali radijacijsku terapiju dojke?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koje godine?		desno	lijevo		

Ožiljci na dojci:



Kada i gdje ste radili zadnju mamografiju?

Kada i gdje ste radili zadnji UZV dojki?

Kada i gdje ste radili zadnji MR dojki?

Molimo Vas pripremite nalaze pregleda dojki koje niste radili u našoj ustanovi kako bi ih mogli usporediti s današnjim pregledom.