

Datum pregleda

Kod premenopauzalnih žena pretragu je potrebno dogovoriti 7.–14. ciklusa radi izbjegavanja lažno pozitivnih nalaza. Pregled se može učiniti i kasnije, no rezultati mogu biti suboptimalni.

Indikacije za pregled

- Screening visokorizičnih žena
- Preoperativno određivanje stadija novootkrivenih karcinoma
- Procjena učinka neoadjuvantne kemoterapije
- Procjena implantata
- Okultni primarni karcinom dojke (traženje karcinoma dojke kod žena sa metastazama, a urednim nalazima mamografije i ultrazvuka)
- Sumnja na recidiv (ponovna pojava bolesti)
- Rješavanje dvojbi (dvosmislen nalaz mamografije/ultrazvuka)

Trudnoća

Pregled MR-om u principu je kontraindicirana kod trudnica. Nužno je savjetovanje sa ginekologom i radiologom, konačna odluka ovisi o pojedinačnom slučaju.

Implantati

Ako je pregled indiciran isključivo radi procjene cjelovitosti implantata, može se učiniti u bilo kojoj fazi menstrualnog ciklusa.

Razno

- Sve žene u postmenopauzi mogu učiniti kontrastnu magnetsku rezonanciju bilo kada
- Termini izvan ciklusa kod premenopauzalnih žena – pregled se može učiniti ako je hitnost primarna stavka
- Artefakti – ako pregled nije snimljen u odgovarajućoj fazi ciklusa ili postoji neočekivan utjecaj drugih hormona na kvalitetu učinjene obrade, može biti potrebno ponovljeno kraće kontrastno snimanje
- Posebna priprema za samu pretragu nije nužna

Nužno pripremiti

- svi nalazi te snimke ranijih pregleda (UZV, mamografija, raniji MR, nalazi citološke, histološke obrade) - dostupnost nalaza ranije učinjenih slikovnih pretraga povećava preciznost interpretacije
- nalazi kirurga, onkologa ili drugog liječnika koji traži pregled
- potvrda o kirurškom materijalu ako je ugrađen

1. Imate li iscjedak ili bolnost dojki, kvržicu u dojci: DA NE

2. Ima li tko u obitelji rak dojke? Godište? DA NE

___ MAJKA ___ SESTRA ___ BAKA ___ OSTALO

3. Imate li još uvijek menstrualne cikluse?

DA NE (ako da, datum posljednje menstruacije)

4. Uzimate li nadomjesnu hormonsku terapiju DA NE

5. Jeste li trudni? DA NE

6. Jeste li ikada imali operaciju dojke? DA NE

___ benigna biopsija ___ desno ___ lijevo

___ kvadrantektomija ___ desno ___ lijevo

___ mastektomija ___ desno ___ lijevo

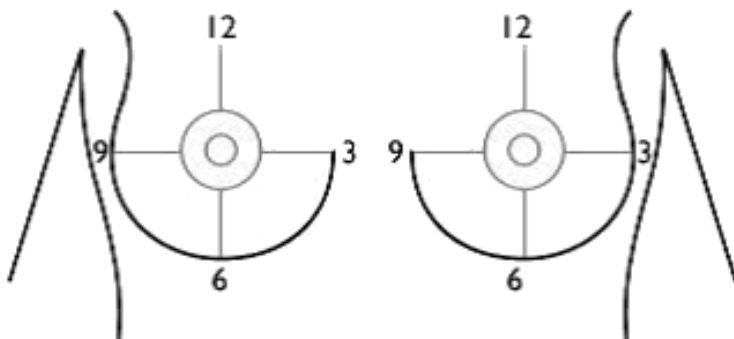
7. Jeste li imali radijacijsku terapiju dojke? DA NE

ako da, je li bila: ___ desno ___ lijevo / koje godine: _____

8. Ožiljci na dojci:

DESNA DOJKA

LIJEVA DOJKA



Kada i gdje ste radili zadnju mamografiju?

Kada i gdje ste radili zadnji UZV dojki?

Kada i gdje ste radili zadnji MR dojki?
