

АНКЕТА ПАЦИЕНТА ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ БИОПСИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ф.И.О. пациента _____

Дата исследования ___ / ___ / ___ Телефон _____

Дата рождения ___ / ___ / ___ Полных лет _____ Пол _____

Первичный осмотр пациента: АД _____, ЧСС _____, Темп. _____
Подпись м/с _____

Имеются ли у Вас:

1. Аллергические реакции на препараты йода, контрастные вещества, медикаменты (антибиотики, местные анестетики, другие) _____ да нет
2. Заболевания и состояния, связанные с повышенной кровоточивостью (частые носовые кровотечения, склонность к возникновению кровоподтеков, синяков) _____ да нет
3. Принимаете ли Вы препараты, разжижающие кровь (противовоспалительные и обезболивающие, в том числе аспирин, тромбоасс, гепарин, другие) _____ да нет
4. Заболевания сердца, легких или циркуляторные нарушения (пороки сердца, повышенное артериальное давление, бронхиальная астма, другие) _____ да нет
5. Острые или хронические инфекционные заболевания (гепатит, синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) и др.) _____ да нет
6. Другие тяжелые и хронические заболевания, сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, эпилепсия, глаукома, заболевания почек и др. _____ да нет
7. Принимаете ли постоянно медикаментозные препараты, укажите какие _____ да нет
8. Ранее перенесенные операции на молочной железе, включая пластические операции _____ да нет
10. Дата последнего менструального цикла ___ / ___ / ___ Менопауза? _____ да нет
11. Вы беременны или есть задержка менструации _____ да нет
12. Кормите ли Вы грудью в настоящее время _____ да нет

Подпись пациента _____

Подпись (с расшифровкой) лица, собиравшего информацию _____