שאלון MRI שד

​**פרטי מטופל :**

 שם מטופל: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    תעודת זהות:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  תאריך לידה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

מס' ילדים:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **\*** | **תאריך מועד וסת אחרונה:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | O | לאחר הפסקת המחזור |  | O | לא זוכרת |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **\*** | **האם יש נשאות למוטציה לסרטן השד  והשחלה :** |  | O | לא |  | O | כן |  | O | לא ידוע |
|  | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ |
| **\*** | **האם קיים סיפור משפחתי של סרטן השד:** |  | O | אין |  | O | יש |  | O | לא ידוע |

**אם יש - פירוט לפי קירבה משפחתית:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | הקרבה המשפחתית | חד צדדי /  דו צדדי | גיל הגילוי | לפני/אחרי מנופאוזה (הפסקת הוסת) | האם קרוב/ת המשפחה נשא מוטציה של סרטן השד |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |

**אם קיים עבר של מחלות, ניתוחים או וטיפולים בשד נא סמן/י במקום המתאים:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| O | CA בשד ( סרטן שד) : |  | :צד | \_\_\_\_\_\_\_ |  | : תאריך | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| O | ביופסיה : |  | :צד | \_\_\_\_\_\_\_ |  | : תאריך | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| O | FNA ( ניקור ) : |  | :צד | \_\_\_\_\_\_\_ |  | : תאריך | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| O | למפקטומיה ( ניתוח בשד ): |  | :צד | \_\_\_\_\_\_\_ |  | : תאריך | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| O | מסטקטומיה( כריתת שד ) : |  | :צד | \_\_\_\_\_\_\_ |  | : תאריך | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ |
| · | * האם בוצע שחזור: | O | כן | O | לא | :סוג שחזור | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| · | * האם קיים מותחן: | O | כן | O | לא |  |  |
|  | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ |
| O | ניתוח להקטנת שד : |  | :צד | \_\_\_\_\_\_\_ |  | : תאריך | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ |
| O | שתל סיליקון הגדלה קוסמטית : |  | :צד | \_\_\_\_\_\_\_ |  | : תאריך | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ |
| O | שחזור לאחר ניתוח שד בעבר : |  | :צד | \_\_\_\_\_\_\_ |  | : תאריך | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ |
| O | דלקת : |  | :צד | \_\_\_\_\_\_\_ |  | : תאריך | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ |
| O | חבלה : |  | :צד | \_\_\_\_\_\_\_ |  | : תאריך | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ |
| O | אחר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ : |  | :צד | \_\_\_\_\_\_\_ |  | : תאריך | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ |

**אם עברת טיפולים לסרטן השד נא סמן/י במקום המתאים:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| O | כימותרפיה: |  | : תאריך | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | ​ | ​ | ​ | ​ |
| O | הקרנות : |  | : תאריך | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | ​ | ​ | ​ | ​ |
| O | טיפול NeoAdjuvant (טיפול מקדים לפני ניתוח) : |  | : תאריך | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | ​ | ​ | ​ | ​ |
| O | טיפולים הורמונליים : |  | : תאריך | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | ​ | ​ | ​ | ​ |
| O | דלקת : |  | : תאריך | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | ​ | ​ | ​ | ​ |
| O | טיפול אחר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ : |  | : תאריך | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | ​ | ​ | ​ | ​ |

**אנמנזה מיילדותית גניקולוגית:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | O | גיל הופעת הווסת הראשונה : \_\_\_ |  | O | גיל הפסקת ווסת:\_\_\_ |  | O | גיל בעת לידת הילד הראשון:\_\_\_\_ |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | O | מספר הריונות : \_\_\_\_ |  | O | הנקה : כן / לא |  | אם כן מס  חודשים מצטבר:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

**האם קיימות מחלות ממאירות שאינן בשד:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | O | שחלה |  | O | מעי גס |  | O | בלוטת התריס |  | O | רחם |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | O | קיימות גרורות ממקור שד ב\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | O | אחר , פירוט\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

**גלולות:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| O | לא לקחתי |  | O | לקחתי |  | O | גיל התחלה: \_\_\_\_ |  | מס' שנים:\_\_\_\_ |  | סוגים: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**האם נטלת תחליפי אסטרוגן (לנשים בלבד):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| O | לא |  | O | כן בעבר |  | O | כן כעת |  | מס' שנים: | \_\_\_\_\_ |  | סוגים: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**האם נטלת תחליפי אסטרוגן (לגברים בלבד):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| O | לא |  | O | כן |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **\*** | **האם עברת טיפולי פוריות  (לנשים בלבד):** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| O | לא |  | O | כן |  | מספר טיפולים : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | סוג טיפולים : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**תאריך ממוגרפיה אחרונה :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  מצורף   /  לא מצורף**

**תאריך סונר שד אם יש  : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מצורף /לא מצורף**

**תאריך MRI  שד אחרון אם יש   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מצורף/ לא מצורף**

**תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימת הנבדקת \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**חיסון קורונה**

* **מספר חיסונים : \_\_\_\_\_\_, תאריך חיסון אחרון  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חיסון ביד  :  ימין   /   שמאל**