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**