

MEME ANAMNEZ VE DEĞERLENDİRME FORMU

Tarih / / 201.....

Adınız-Soyadınız : Adres :
Doğum tarihiniz : / /
Yaşınız : Tel :
Boy : cm Cep Tel :
Kilo : kg E-posta :

Son 3 ay içerisinde memenizde herhangi bir sorun ya da değişiklik farkettiler mi?

Hayır Evet
ise Sağ Sol Adetlerle birlikte Kitle
Meme başı akıntısı
Meme başında çekinti
Kızarıklık/şişlik
Döküntü/kaşıntı
Meme ağrısı
Diğer (belirtiniz)

Aşağıdakilerden herhangi birini hiç yaptırdınız mı?

Hekim tarafından meme muayenesi Hayır Evet En son ne zaman
Sonuç
Mamografi veya ultrason Hayır Evet En son ne zaman
Sonuç
Meme biopsisi Hayır Evet En son ne zaman
Sonuç
İlk adetinizi 12 yaşından önce mi gördünüz? Hayır Evet Kaç yaşında
Adetleriniz hiç bir yıldan daha uzun süre kesildi mi? Hayır Evet Kaç yaşında
Hiç hormon replasman tedavisi aldınız mı? Hayır Evet Kaç yaşında
Ne aldınız?
Hiç doğum yaptınız mı? Hayır Evet İlk doğum kaç yaşında
Alkol kullanıyor musunuz? Hayır Evet
Türü ve miktarı
Göğüs bölgesine hiç ışın tedavisi (radyoterapi) aldınız mı? Hayır Evet
Kaç yaşında
Nedeni?

Mamografide yoğun meme dokusu (Tip 4) olduğu söylendi mi? Hayır Evet Bilmiyorum

Ailenizde hiç meme, rahim, yumurtalık ya da bağırsak kanseri olan var mı?

Yok Var Varsa Belirtiniz:

Sizde meme kanseri varsa nasıl bir tedavi aldınız?

Cerrahi: Meme koruyucu Tüm meme alındı Sağ Sol İkisi de
Işın tedavisi (radyoterapi)
Kemoterapi
Hormon
Diğer (belirtiniz)

Kanser dışı bir nedenle hiç meme ameliyatı oldunuz mu? Hayır Evet

Meme küçültme Büyütme (İmplant)

Ailede hiç meme kanseri için genetik test yaptıran var mı? Hayır Evet

Varsa kim?

Hangi gen?