



Meme Anamnez ve Değerlendirme 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 farkettileriniz mi?

Hayır Evet ise Sağ Sol Adetlerle birlikte

Kitle

Meme başı akıntısı

Meme başında çekinti

Kızanklı/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 (implant)

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

Varsa kim?

Hangi gen?