

Miejscowość, data

Imię i nazwisko

Adres

*Szanowna Pani,*

Podczas badania mammograficznego wykonanego w dniu ..... (numer .....)  
w ramach „Programu profilaktyki raka piersi” wykryto u Pani zmiany, które **pilnie wymagają dalszej diagnostyki.**

W trosce o Pani zdrowie uprzejmie prosimy o informację, czy wykonała Pani dalsze badania oraz wskazanie w której przychodni/ poradni były one realizowane. W tym celu prosimy o wypełnienie załączonej ankiety i/lub przesłanie kopii wyniku badania diagnostycznego (w załączonej kopercie lub mailowo na wskazany poniżej adres).

Jeżeli nie wykonała Pani dodatkowych badań, **bardzo prosimy o pilny kontakt** – adres i numer telefonu podajemy poniżej.

Centralny Ośrodek Koordynujący

Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej –Curie

Państwowy Instytut Badawczy

ul. W. K. Roentgena 5, 02-781 Warszawa

Mail: [cokmonitorowanie@nio.gov.pl](mailto:cokmonitorowanie@nio.gov.pl)

Tel 22 546 28 90; fax. 22 546 30 21

Szczegółowe informacje na temat Programu oraz klauzula informacyjna na temat przetwarzania danych osobowych dostępne na stronie: <https://profilaktykarak.nio.gov.pl/monitorowanie-kobiet-prp/>

*Z wyrazami szacunku*

# ANKIETA

Prosimy o wypełnienie poniższej ankiety i odesłanie w kopercie zwrotnej. Dziękujemy!

Imię i Nazwisko:

PESEL:

Telefon kontaktowy\*:

**Kto wykonał badanie:**

- Prywatnie  Publiczna służba zdrowia

**Świadczeniodawca, u którego zostało wykonane badanie (nazwa, adres):**

**Data badania (dzień, miesiąc, rok):** .....

**Badania:**

- |   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mammografia          | <input type="checkbox"/> USG                   | <input type="checkbox"/> Inne badania |
| <input type="checkbox"/> Biopsja gruboigłowa  | <input type="checkbox"/> Biopsja mammotomiczna |                                       |
| <input type="checkbox"/> Biopsja chirurgiczna | <input type="checkbox"/> Konsultacja           |                                       |
|   | <input type="checkbox"/> Biopsja cienkoigłowa  |                                       |

**Wynik (rozpoznanie):**

**Zalecenia:**

- Badanie za 2 lata  
 Kontrolne badanie mammograficzne za 6 miesięcy w specjalistycznej poradni  
 Kontrolne badanie mammograficzne za 12 miesięcy w specjalistycznej poradni  
 Dalsza diagnostyka/leczenie  
 Inne.....

Wyrażam zgodę na wykorzystanie danych zawartych w ankiecie w celu realizacji zadania pn. „Monitorowanie kobiet z nieprawidłowym wynikiem badania profilaktycznego” oraz ich raportowania do Narodowego Funduszu Zdrowia.

.....  
Podpis

\* Pole niewymagane