

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Όνοματεπώνυμο:.....
 Όνομα Πατρός:.....
 Ηλικία: ΑΜΚΑ:
 Εμμηνος Ρύση:
 Κληρονομικό ιστορικό:.....
 Διεύθυνση:.....
 Τηλέφωνο:.....
 Παραπέμπων Ιατρός:

Κλινικά Ευρήματα

Έχετε χειρουργηθεί στο μαστό; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι περιγράψτε

.....

Έχετε ψηλαφίσει κάτι στους μαστούς; ΝΑΙ ΟΧΙ

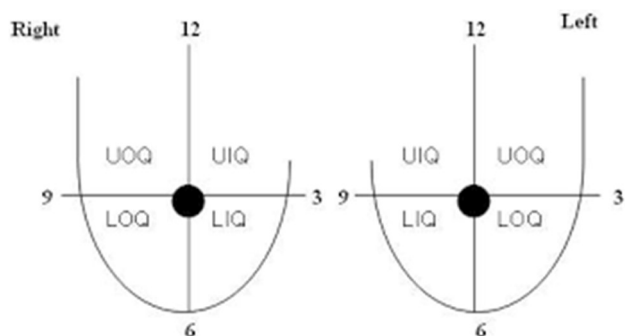
Προσκομίζονται παλαιότεροι απεικονιστικοί έλεγχοι ΝΑΙ ΟΧΙ

Υπάρχει ιστορικό άλλης πάθησης; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι, αναφέρατε:

.....

- Επώδυνος
- Ανώδυνος
- Ευκίνητος
- Καθλωμένη
- Εισολκή θηλής
- Εισολκή δέρματος
- Μάζα
- Μαστεκτομή



Ποιος Μαστός;

Προηγούμενη Ακτινοθεραπεία:

Χημειοθεραπεία:

Ημερομηνία λήξης:

.....

Σε περίπτωση που κριθεί σκόπιμο, συναινώ στην πραγματοποίηση επιπλέον λήψεων.

ΝΑΙ ΟΧΙ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Συναινώ στη χρήση των απεικονίσεων και του σχετικού ιατρικού ιστορικού μου για ερευνητικούς και διδακτικούς σκοπούς. Η χρήση των ανωτέρω στοιχείων θα γίνει μετά την ανωνυμοποίησή τους.

Ναι Όχι

Ημερομηνία: Υπογραφή Εξεταζόμενου:

Υπογραφή Ιατρού