ΚΛΙΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: Καθηγητής Οδυσσέας Ζώρας

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΜΑΣΤΟΥ

Αρ.Μητρώου:	**Ονοματεπώνυμο**	**Όνομα Πατρός:**	**Ημ.Γέννησης:**

Διεύθυνση:	**Τηλέφωνο:**	**Ημερομηνία:**	**Ιατρός:**

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Καλοήθεις παθήσεις Μαστού: ……

Κακοήθεις παθήσεις Μαστού: ……

Άλλες παθήσεις/κακοήθειες: ……

Άλλες παθήσεις/καλοήθειες: ……

Φάρμακα: ……

Γυναικολογικό Ιστορικό:

Εμμηναρχή:…… Προεμμην.: ☐ Εγκυμοσύνες: …… Θηλασμός: Ναι ☐ Όχι ☐

ΤΕΡ…… Περιεμμην.: ☐ Τοκετοί: …… Καταστολή Θηλασμού: Ναι ☐ Όχι ☐

Εμμηνόπαυση:…… Μετεμμην.: ☐ Πρώτη Τελειόμηνος κύησης: ……

Οικογενειακό Ιστορικό Κακοήθειας:

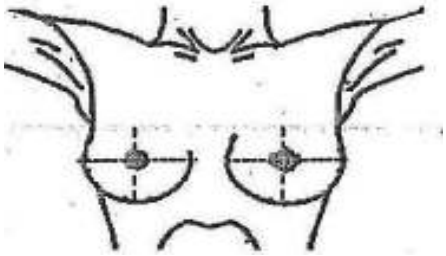
Ca Μαστού: Ναι ☐ Όχι ☐ ……

Άλλου καρκίνου Ναι ☐ Όχι ☐ ……

Λήψη Ορμονών Ναι ☐ Όχι ☐ ……

Άλλοι παράγοντες: Παχυσαρκία ☐ Ακτινοβολία ☐ Ζωικό Λίπος ☐ Ξανθίνες ☐ Καπνός:……..c/d……y

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ **ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ**



ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Μαστογραφία:……

Υπερηχογράφημα Μαστών:……

MRI Μαστών:……

FNA:……

TRUCUT:……

Ro Θώρακος F/P:……

Υπερηχογράφημα Άνω Κάτω κοιλίας:……

Μέτρηση Οστικής Πυκνότητας:……

Σπινθηρογράφημα Οστών:……

Αιματολογικός Έλεγχος:……

Βιοχημικός Έλεγχος:……

Καρκινικοί Δείκτες:……

Αξονική Θώρακος:……

Αξονική Άνω Κάτω κοιλίας:……

Απόφαση:……