

**ANKIETA DLA KOBIET  
OBJĘTYCH PROGRAMEM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY**  
(prosimy wypełniać drukowanymi literami)

Nr identyfikacyjny badania: .....

1. Nazwisko: ..... 5. Miasto: □□-□□□ .....  
2. Imię: ..... 6. Gmina / dzielnica: .....  
3. Data urodzenia: ..... 7. Ulica: .....  
4. PESEL: □□□□□□□□□□ 8. Nr telefonu:.....  
9. Czy wyraża Pani zgodę na przekazywanie informacji poprzez SMS lub e-mail? TAK / NIE  
10. Nr telefonu komórkowego:.....  
11. Adres e-mail: .....  
12. Zajęcie:    uczeń            pracownik umysłowy        pracownik fizyczny  
                   rolnik            emeryt / rencista        inny  
13. Wykształcenie:    niepełne podstawowe        podstawowe        zas. zawodowe  
                           średnie                    niepełne wyższe    wyższe  
14. Informację o badaniach profilaktycznych uzyskała Pani od:  
 lekarz POZ                                    zaproszenie SMS  
 lekarz specjalista                        imienne zaproszenie otrzymane pocztą  
 położna lub pielęgniarka środowiskowa    inne źródła  
 prasa, radio, telewizja, internet

**INFORMACJE O STANIE ZDROWIA**

1. Pierwsza miesiączka (wiek):.....  
2. Ostatnia miesiączka (wiek lub dokładna data): .....  
3. Liczba porodów: .....  
4. Czy pali Pani papierosy lub inne wyroby tytoniowe?    nie    tak    przestałam  
5. Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne?    nie    tak  
6. Czy przechodziła Pani hormonoterapię?    nie    tak  
7. Czy stosuje Pani IUD?    nie    tak  
8. Data ostatniego badania cytologicznego: ..... wynik .....  
9. Obecność DNA HPV wysokiego ryzyka:    nie    tak  
10. Data badania (pobrania rozmazu): .....  
11. Symbol badania: .....  
12. Lekarz wykonujący badania: .....  
13. Ocena makroskopowa szyjki macicy:  
 stan zapalny  
 kłykcina (brodawczak)  
 nadżerka (ektopia)  
 zniekształcenie  
 przerost  
 martwica  
 polip  
 guz (naciek)  
 owrzodzenie  
 inne  
14. Uwagi.....