



İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ MAMOGRAFİ BİRİMİ  
MAMOGRAFİ ÖNCESİ HASTA BİLGİ FORMU

Mamografi Anamnez Formu

Tarih: ...../...../201....

Adı - Soyadı:		Yaşı:	
TC Kimlik No:			
İnceleme Nedeni:	<input type="checkbox"/> Kontrol <input type="checkbox"/> Ağrı <input type="checkbox"/> Sertlik, kitle <input type="checkbox"/> Akıntı (varsa rengi)		
	<input type="checkbox"/> Meme başı veya cildinin çekilmesi		
Ailenizde meme kanseri var mı?	:	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
Varsa; yakınlık derecesi ve kansere yakalanma yaşı	:		
Çocuğunuz var mı?	:	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
Emzirdiniz mi?	:	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
Birinci çocuğunuz emzirme süresi	:		
İkinci çocuğunuz emzirme süresi	:		
.....	:		
.....	:		
Hiç meme operasyonu geçirdiniz mi?	:	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
Evet ise nedeni	:	<input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/> Fibrokistik değişim <input type="checkbox"/> Fibroadenom <input type="checkbox"/> Diğer	
Adet başlangıç yaşı	:		
Adetleriniz düzenli mi?	:	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
Menapozda iseniz başladığı zaman	:		
Hormon ilaçları kullanıyor musunuz?	:	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
Kullanıyorsanız süresi	:		
Daha önce mamografi yaptırdınız mı?	:	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
Evet ise tarihlerini belirtiniz	:		
Hamilelik durumunuz veya şüpheniz var mı?	:	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
Not:			
1. Silikon proteziniz varsa; kompresyon işlemi nadir de olsa proteze zarar verebilir.			
2. Hamile iseniz veya hamilelik şüpheniz varsa; tetkikten önce radyoloji teknisyenini uyarınız.			
3. Meme ile ilgili eski tetkikleriniz varsa; radyoloji teknisyenine bırakınız.			
İmza:	Radyoloji Teknisyeni:		