Imię i nazwisko

Adres

Miejscowość, data

*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@coi.pl](mailto:cokmonitorowanie@coi.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:

[www.profilaktykaraka.coi.waw.pl/monitorowanie](http://www.profilaktykaraka.coi.waw.pl/monitorowanie)

*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:**

* Mammografia
* Biopsja gruboigłowa
* Biopsja chirurgiczna
* USG
* Biopsja mammotomiczna
* Konsultacja
* Biopsja cienkoigłowa
* Inne badania

**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 mojego numeru telefonu oraz danych medycznych 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