

الابتكار في المرضى لأمرأئنا التي





● كم عدد الأبناء ؟

« كم كان عمرك عند أول حمل ؟

« كم هو عمر آخر طفل لديك ؟

« هل قمتي بإرضاع اطفالك لمدة ٦ أشهر أو أكثر ؟

● هل استخدمتي حبوب لمنع الحمل لأكثر من ه سنتوات ؟

● هل تعاني من هذه الاعراض ؟ ○ صداع ○ ألم في الظهر

● هل تعرضتي لكدمات بالثدي ؟

● هل تعرضت للعلاج الإشعاعي سابقا ؟

● هل يوجد تاريخ عائلي بسرطان الثدي ؟

« العمر عند التشخيص ؟

« كم عدد الأشخاص المصابين وما صلته القرابية ؟

● هل يوجد تاريخ عائلي لسرطان أبيض وما صلته القرابية ؟

● هل يوجد تاريخ عائلي لأي نوع من السرطان ؟

التاريخ المرضي لإصابة الثدي

الاسم : _____ الرقم الطبي : _____

العمر : _____ الجنسية : _____

● ما هي شكاوتك ؟

● هل هناك ألم في الثدي ؟

« هل الألم مصاحب للدورة الشهرية ؟

« ما هو مدى قوة الألم: من ١ الى ١٠ ؟

« هل يوجد كتل في الثدي ؟

« متى بدأ الألم ؟

● هل هناك تغيير في شكل الثدي ؟

● هل هناك تغيير في شكل الحلمة ؟

● هل هناك تغيير في شكل الجلد ؟

● هل توجد افرازات من الحلمة ؟

● إذا كان هناك افرازات، ماهي لونها: ○ أبيض ○ أصفر شفاف ○ أخضر ○ دم ○ بني

● ما هو سن البلوغ ؟

● ما هو سن اليأس ؟

● الوضع الاجتماعي: متزوجة غير متزوجة أرملة مطلقة

