

Pyetësor për shëndetin

Të dhënat personale (*fusha të detyrueshme)

Mbiemri

Emri

Adresa

Kodi postar / Qyteti

Datëlindja

Nr. i referencës tuaj.

Nr. i tel. gjatë ditës*

Numri i telefonit celular

Email

Sigurimi shëndetësor*

Nr. AHV

Ju dhe **gjinekologu/gjinekologia juaj** do të njoftoheni me shkrim për rezultatin e ekzaminimit brenda 8 ditëve pune.

Ju lutem na tregoni kush është gjinekologu/ gjinekologia juaj

Emri, Mbiemri

Kodi postar / Qyteti

Ju lutemi dërgojeni gjithashtu ekzaminimin te mjeku/mjekja e familjes

Emri, Mbiemri

Kodi postar / Qyteti

E RËNDËSISHME - Deklaratë për dhënien e pëlqimit

Me nënshkrimin tim

- Konfirmoj se jam informuar për mënyrën se si funksionon kontrolli dhe zbulimi i hershëm, avantazhet dhe kufizimet e tij.
- Konfirmoj se kam kuptuar që ky ekzaminim do të faturohet me një shumë fikse dhe përjashtohet nga marrëveshja e ekskluzivitetit dhe se vetëm një zbritje prej maksimumi 20 CHF do të tarifohet dhe për këtë arsye nuk do të marr një kopje automatike të faturës. Nëse do të më nevojitet një e tillë, do të kontaktoj qendrën e programit.
- Jap pëlqimin tim që imazhet e mamografisë që kam bërë dhe ruajtur deri më tani t'i dërgohen mjekut/mjekut përgjegjës në institutin e radiologjisë dhe radiologët e akredituar.
- Jap pëlqimin tim për shkëmbimin e të dhënave të mia mjekësore dhe personale (në vijim referuar si “të dhënat”) ndërmjet specialistëve të përfshirë në ekzaminim, me postë ose me email të koduar, si dhe mbledhjen dhe ruajtjen e të dhënave të mia nga Liga për Luftën Kundër Kancerit në Basel (në vijim referuar si “Liga kundër Kancerit”) për aq sa kjo është absolutisht e nevojshme dhe i domosdoshëm për zbatimin e Programit të Ekzaminimit Mamografik dhe sigurimin e cilësisë së tij; këto të dhëna do të trajtohen në mënyrë konfidenciale.
- Jap pëlqimin tim për shkëmbimin e informacionit midis mjekëve që kam caktuar dhe Departamentit për Parandalimin dhe Zbulimin e Hershëm të Ligës së Luftës kundër Kancerit për aq sa kjo është e nevojshme për zbatimin e Programit të Ekzaminimit Mamografik dhe për sigurimin e cilësisë së tij.
- Pranoj që pjesëmarrja ime në Programin e Ekzaminimit Mamografik të paraqitet në kartelën personale të diagnozës së kancerit të gjirit në Regjistrin e Luftës kundër Kancerit të Bazelit.
- Jap pëlqimin tim që Liga e Luftës kundër Kancerit të raportojë një grup minimal të dhënash (mbiemri, emri, datëlindja dhe adresa) në regjistrin kantonal të luftës të kancerit në rast të një zbulimi jo të konsiderueshëm për sigurimin e cilësisë dhe të grumbullojë të dhënat e mia personale të diagnostikimit nga dy ekzaminimet.
- Pranoj që të dhënat e mia anonime të mund të përdoren për qëllime statistikore dhe për të përmirësuar cilësinë e programit.
- Jap pëlqimin tim që kartela ime të dërgohet në programin zyrtar të ekzaminimit në kantonin tim të ri të vendbanimit në rast zhvendosjeje.
- Jap pëlqimin tim për dërgimin e rezultateve të rikontrollit të ekzaminimeve përkatëse në Ligën e Luftës kundër Kancerit për sigurimin e cilësisë së programit të ekzaminimit mamografik.
- Konfirmoj që jam informuar në detaje për përdorimin, ridërgimin dhe ruajtjen e të dhënave të mia; kam të drejtë të shoh, korrigjoj dhe kundërshtoj të dhënat e mia në çdo kohë.

Vendi, data

Nënshkrimi

Pse po ju bëjmë pyetje në lidhje me shëndetin tuaj? Informacioni që jepni në këtë pyetësor është i rëndësishëm për dy radiologët që do të vlerësojnë në mënyrë të pavarur imazhet tuaja mamografike.

E kam plotësuar këtë pyetësor edhe më parë. A duhet ta plotësoj përsëri?

PO, pasi informacioni mund të ketë ndryshuar që nga mamografia juaj e fundit.

<p>1. A keni bërë ndonjëherë një mamografi?</p> <hr/> <p>Nëse po, kur?</p> <hr/> <p>Nëse po, pse?</p>	<p><input type="checkbox"/> po <input type="checkbox"/> jo</p> <hr/> <p>Data: _____ [mri i Institutit: _____]</p> <p><input type="checkbox"/> Zbulim i hershëm <input type="checkbox"/> Probleme me gjirin <input type="checkbox"/> Arsye të ndryshme <input type="checkbox"/> Nuk e di</p>																								
<p>2. A po trajtoheni me preparate hormonale?</p> <hr/> <p>A jeni trajtuar më parë me preparate hormonale?</p>	<p><input type="checkbox"/> jo <input type="checkbox"/> po, për _____ vite</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> jo kurrë <input type="checkbox"/> po, jo për _____ vite, kohëzgjatja e trajtimit _____ vite</p>																								
<p>3. A ka nëna, motra apo vajza juaj a kancer gjiri?</p> <hr/> <p>Nëse po, sa vjeç ishin ato kur u diagnostikuan me kancer gjiri?</p> <hr/> <p>50 vjeç e sipër Më e re se 50 vjeç Nuk e di</p>	<p><input type="checkbox"/> jo <input type="checkbox"/> po</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Nëna juaj</th> <th style="width: 25%;">Motra juaj</th> <th style="width: 25%;">Vajza juaj</th> <th style="width: 25%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Nëna juaj	Motra juaj	Vajza juaj		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Nëna juaj	Motra juaj	Vajza juaj																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<p>4. A ndjeni ndonjë shqetësim në gji?</p> <hr/> <p>Nëse po:</p> <hr/> <p>Dhimbje Rrjedhje lëngjesh nga thithka Kist Ndryshime të tjera (ju lutemi specifikoni)</p>	<p><input type="checkbox"/> jo <input type="checkbox"/> po</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Gjiri i djathtë</th> <th style="width: 50%;">Gjiri i majtë</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Gjiri i djathtë	Gjiri i majtë	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Gjiri i djathtë	Gjiri i majtë																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<p>5. Keni bërë ndonjë ndërhyrje kirurgjikale në gji në të kaluarën?</p> <hr/> <p>Nëse po:</p> <hr/> <p>Një ndryshim beninj (kist, fibromë, etj.) Kancer gjiri Zmadhim dhe/ose zvogëlim i gjirit Nuk e di Të tjera (ju lutemi plotësoni):</p>	<p><input type="checkbox"/> jo <input type="checkbox"/> po</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Gjiri i djathtë</th> <th style="width: 25%;">Gjiri i majtë</th> <th style="width: 25%;">Përshkrim i shkurtër</th> <th style="width: 25%;">Viti</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Gjiri i djathtë	Gjiri i majtë	Përshkrim i shkurtër	Viti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Gjiri i djathtë	Gjiri i majtë	Përshkrim i shkurtër	Viti																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								

Informacioni i kontrolluar nga instituti i radiologjisë (nënshkrimi):