

## (فرم شماره ۱۰)

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اصفهان  
تعداد کل جمعیت تحت پوشش .....

## گزارش مراقبت غربالگری سرطان پستان

شبکه بهداشت و درمان شهرستان ..... مرکز بهداشتی و درمانی ..... خانه بهداشت/پایگاه بهداشتی .....  
تعداد کل زنان ۶۹-۲۰ ساله ..... منطقه تحت پوشش: □ شهری □ روستایی

## فصل / ماه ..... سال .....

گروه سنی	تعداد جمعیت زنان	نتیجه ارزیابی خطر		وضعیت و نتیجه معاینه برست												وضعیت خودآزمایی			وضعیت ماموگرافی و اقدامات تشخیصی دیگر و نتیجه آن																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
		در معرض خطر	پرخطر	تعداد معاینه شده	نتیجه معاینه		تعداد ارجاع شده	بدون اقدام	پیگیری کوتاه مدت	ماموگرافی و اقدامات مکمل	درمان دارویی	نتیجه ارجاع			انام نمی دهد	منظم	نا منظم	تعداد ارجاع برای ماموگرافی	تعداد ماموگرافی انجام شده	نتیجه ماموگرافی بر اساس BIRADS						اقدام توصیه شده براساس نتیجه ماموگرافی یا سایر بررسی ها				تشخیص نهایی																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
					طبیعی	غیر طبیعی						نیاز به پیگیری مجدد در سال جاری	ندارد	دارد						۰	۱	۲	۳	۴	۵	بدون اقدام	پیگیری کوتاه مدت	بیوپسی و اقدامات مکمل	درمان دارویی	سالم	سرطان لب‌ولار درجا	سرطان داکتال درجا	سرطان مهاجم																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
۲۰-۲۴																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده .....

نام و نام خانوادگی پزشک مسئول مرکز .....

سمت تکمیل کننده .....

تاریخ و امضاء .....

تاریخ تکمیل و امضاء .....