**(فرم شماره 10) گزارش مراقبت غربالگری سرطان پستان فصل/ ماه** .............. **سال** ................

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اصفهان شبکه بهداشت و درمان شهرستان** ............................. **مرکز بهداشتی و درمانی** .................................. **خانه بهداشت/پایگاه بهداشتی** .............................

**تعداد کل جمعیت تحت پوشش** ......................  **تعداد کل زنان 69-20 ساله** ...................... **منطقه تحت پوشش: 🞏شهری 🞏 روستایی**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **گروه سنی** | **تعداد جمعیت زنان** | **نتیجه ارزیابی خطر** | | **وضعیت و نتیجه معاینه برست** | | | | | | | | | | **وضعیت خودآزمایی** | | | **وضعیت ماموگرافی و اقدامات تشخيصي ديگر و نتیجه آن** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **در معرض خطر** | **پرخطر** | **تعداد معاینه شده** | **نتیجه معاینه** | | **تعداد ارجاع شده** | **نتیجه ارجاع** | | | | | | **انام نمي دهد** | **منظم** | **نا منظم** | **تعداد ارجاع برای ماموگرافی** | **تعداد ماموگرافی انجام شده** | **نتیجه ماموگرافی بر اساس BIRADS** | | | | | | **اقدام توصیه شده براساس نتيجه ماموگرافي ياساير بررسي ها** | | | | **تشخیص نهایی** | | | |
| **بدون اقدام** | **پیگیری کوتاه مدت** | **ماموگرافی واقدامات مکمل** | **درمان دارویی** | **نیاز به پیگیری مجدد در سال جاری** | |
| **طبیعی** | **غیر طبیعی** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **بدون اقدام** | **پیگیری کوتاه مدت** | **بیوپسی واقدامات مکمل** | **درمان دارویی** | **سالم** | **سرطان لبولار درجا** | **سرطان داکتال درجا** | **سرطان مهاجم** |
| **دارد** | **ندارد** |
| **24-20** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **29-25** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **34-30** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **39-35** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **44-40** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **49-45** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **54-50** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **59-55** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **64-60** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **69-65** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **جمع کل** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**نام ونام خانوادگی تکمیل کننده** ............................................ **نام ونام خانوادگی پزشک مسئول مرکز**.........................

**سمت تكميل كننده** .................. **تاریخ تکمیل و امضاء** ...................... **تاریخ و امضاء**..........................