

فرم مراقبت و خدمات جامع بیماری های پستان

الف) مشخصات فردی:

نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	کد ملی:	نوع بیمه:
وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> هرگز ازدواج نکرده <input type="checkbox"/> همسر دارد <input type="checkbox"/> جدا از همسر بدلیل: <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/> طلاق <input type="checkbox"/> شرایط شغلی <input type="checkbox"/> بیماری			
سطح تحصیلات: <input type="checkbox"/> بی سواد <input type="checkbox"/> خواندن و نوشتن <input type="checkbox"/> سیکل <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> فوق دیپلم <input type="checkbox"/> لیسانس <input type="checkbox"/> بالاتر از لیسانس			
شغل:	شغل همسر:	سن:	قد: سانتیمتر وزن: کیلوگرم BMI:
نام مرکز بهداشتی درمانی مربوطه:		شماره پرونده خانوار:	
آدرس محل سکونت دائم:			
تلفن ثابت:	تلفن همراه:	تلفن تماس در مواقع ضروری:	تاریخ اولین مراجعه:

ب) بررسی عوامل خطر:

سن منارک (اولین قاعدگی):	سن اولین ازدواج:	سن اولین زایمان:	تعداد فرزندان:
مدت زمان شیردهی به فرزندان: <input type="checkbox"/> کمتر از ۲ سال <input type="checkbox"/> ۲ سال کامل و بیشتر			
سابقه سقط قبل از اولین زایمان: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد			
وضع قاعدگی: <input type="checkbox"/> در سنین باروری <input type="checkbox"/> نزدیک یائسگی <input type="checkbox"/> یائسگی <input type="checkbox"/> یائسه به علت هیستریکتومی یا شیمی درمانی			
سابقه استفاده از هورمون: <input type="checkbox"/> ضد بارداری <input type="checkbox"/> نازایی <input type="checkbox"/> هورمون درمانی <input type="checkbox"/> متفرقه <input type="checkbox"/> ندارد			
فعالیت شغلی در شیفت شب: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> قبلاً داشته			
سابقه تماس با فرد سیگاری در منزل: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> قبلاً داشته			
فعالیت جسمانی منظم: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد			
سابقه سرطان پستان در بستگان درجه اول (پدر، مادر، خواهر، برادر): <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد نام فرد/افراد مبتلا:			
تعداد بستگان درجه اول مبتلا: سن جوانترین عضو مبتلا: سال			
سابقه سرطان پستان دو طرفه در فرد یا بستگان درجه اول (پدر، مادر، خواهر، برادر): <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد نام فرد/افراد مبتلا:			
سابقه سرطان پستان در بستگان درجه دو: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد			
سابقه سرطان کولون، رحم، تخمدان در فرد یا بستگان درجه یک یا دو: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد			
سابقه بیماری خوش خیم پستان در خود فرد: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد		سابقه سرطان پستان در خود فرد: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	
سابقه جراحی قبلی پستان:		سابقه استفاده از پروتز پستان: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	
سابقه بازسازی پستان:		سابقه نمونه برداری با سوزن: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	
سابقه نمونه برداری جراحی از پستان:		سابقه جراحی قبلی سرطان: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	
سابقه اشعه درمانی به قفسه سینه:		سابقه شیمی درمانی: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	
ج) سابقه بیماری های زمینه ای در فرد: <input type="checkbox"/> دیابت نوع یک <input type="checkbox"/> دیابت نوع دو <input type="checkbox"/> پرفشاری خون <input type="checkbox"/> بیماری های قلبی عروقی			
<input type="checkbox"/> افسردگی <input type="checkbox"/> اضطراب <input type="checkbox"/> اختلال خواب <input type="checkbox"/> سایر:			
توضیحات:			

فرم مراقبت و خدمات جامع بیماری های پستان

(د) سوابق غربالگری و تشخیصی:

علت مراجعه فعلی: ☐ چکاپ ☐ درد ☐ توده ☐ ترشح ☐ غیر قرینگی ☐ زخم ☐ سایر ☐
☐ ارجاع شده بدلیل:

اگر دارای ترشح است موارد زیر بررسی گردد:

تاریخ مراجعه فعلی:

مدت زمان ترشح: ☐ در معاینه کشف شد ☐ اخیراً (کمتر از سه هفته) ☐ بیش از سه هفته ☐
 نوع ترشح: ☐ شیری ☐ HI ☐ رنگی (سبز-خاکستری-چرکی) ☐ BII ☐ زلال یا خونی ☐ BV و ☐ BV
 خروج ترشح: ☐ خودبخود ☐ موقع فشار دادن سینه ☐
 علت ترشح: ☐ چپ ☐ راست ☐ دوطرفه ☐
 علائم همراه: ☐ ندارد ☐ درد ☐ توده ☐ رتراکشن ☐ زخم ☐
 ارتباط با حاملگی: ☐ حامله است ☐ ارتباط ندارد ☐ دوران شیر دهی ☐
 نیاز به ارجاع: ☐ ندارد ☐ غیر فوری ☐ فوری ☐

اگر در معاینه توده ای لمس شده است موارد زیر بررسی گردد:

تاریخ مراجعه فعلی:

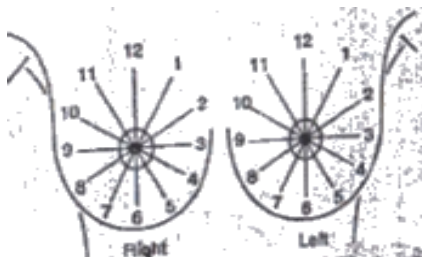
توده: ☐ منفرد ☐ متعدد ☐ چپ ☐ راست ☐ دوطرفه ☐ محل:

قوام: ☐ نرم ☐ لاستیکی ☐ سخت ☐

شکل: ☐ نامنظم ☐ منظم ☐

علائم همراه: ☐ ندارد ☐ درد ☐ رتراکشن ☐ غده لنفاوی زیر بغل ☐ زخم ☐

مدت زمان: ☐ چند هفته ☐ بیش از چند هفته ☐ تغییر سایز در طول زمان نداشته ☐
☐ تغییر سایز داشته



نتیجه سونوگرافی: ☐ توده خوش خیم ☐ احتمال خوش خیم ☐ مشکوک ☐ بدخیم B (تاریخ سونوگرافی:)

نتیجه ماموگرافی: ☐ نیاز نبوده ☐ B0 ☐ B1 ☐ B2 ☐ B3 ☐ B4 ☐ B5 ☐ B6 (تاریخ ماموگرافی:)

نمونه برداری از توده: ☐ نشده ☐ FNA ☐ CNB ☐ بیوپسی (تاریخ نمونه برداری:)

نتیجه نمونه برداری: ☐ نسج طبیعی ☐ خوش خیم ☐ بدخیم

نیاز به ارجاع: ☐ ندارد ☐ فوری ☐ غیر فوری

سابقه غربالگری در سه سال گذشته: ☐ ماموگرافی ☐ خودآزمایی ☐ معاینه بالینی ☐ هیچ کدام ☐

زمان آخرین ماموگرافی: ☐ کمتر از یک سال ☐ بیش از یک سال

فرم مراقبت و خدمات جامع بیماری های پستان

نوع آخرین رادیولوژی انجام شده:

☐ ماموگرافی

☐ سونوگرافی

نتیجه ماموگرافی: B0 ☐ B1 ☐ B2 ☐ B3 ☐ B4 ☐ B5 ☐ B6 ☐

نتیجه سونوگرافی: S1 ☐ S2 ☐ S3 ☐ S4 ☐ S5 ☐ S6 ☐

پاتولوژی: ☐ جراحی ☐ لمپکتومی ☐ ماستکتومی ساده ☐ ماستکتومی با غدد لنفاوی

توصیه نهائی: ☐ پیگیری کوتاه مدت ☐ FNA ☐ local view surgery ☐ CNB ☐

در صورت مشاهده ضایعه بدخیم، موارد زیر بررسی گردد:

تاریخ مراجعه فعلی:

سمت ضایعه: ☐ چپ

سمت ضایعه: ☐ راست

توده ☐ مشکوک ☐ غیر مشکوک

توده ☐ مشکوک ☐ غیر مشکوک

تعداد: اندازه:

تعداد: اندازه:

تحرك: ☐ متحرك ☐ ثابت

تحرك: ☐ متحرك ☐ ثابت

زخم: ☐ دارد ☐ ندارد

زخم: ☐ دارد ☐ ندارد

رتراکسیون نیل: ☐ دارد ☐ ندارد

رتراکسیون نیل: ☐ دارد ☐ ندارد

رتراکسیون پوست: ☐ دارد ☐ ندارد

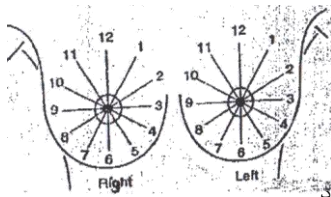
رتراکسیون پوست: ☐ دارد ☐ ندارد

ترشح غیر طبیعی: ☐ دارد ☐ ندارد

ترشح غیر طبیعی: ☐ دارد ☐ ندارد

تغییرات پوست پرتقالي: ☐ دارد ☐ ندارد

تغییرات پوست پرتقالي: ☐ دارد ☐ ندارد



نوع ضایعه: ☐ خوش خیم بدون هیپرپلازی ☐ خوش خیم با هیپرپلازی ☐ کارسینوم درجا ☐ بدخیم ☐ دکتال کارسینوم
☐ لیولار کارسینوم ☐ موسینوس کارسینوم ☐ مخلوط داکتال و لیولار ☐ سارکوم ☐ لنفوم ☐ سایر

گرید بدخیمی: ☐ ۱ ☐ ۲ ☐ ۳ بیشترین سائز به میلیمتر:

تعداد غده لنفاوی خارج شده: تعداد غده لنفاوی بدخیم:

هورمون رسپتور: fish + - Her2 1+ 2+ 3+ PR + - ER + - KI67 P53

ه) ارجاع و پیگیری:

نیاز به ارجاع: ☐ ندارد ☐ دارد: ☐ فوری ☐ غیرفوری محل ارجاع: تاریخ ارجاع: اقدامات انجام شده (آموزشی، دارویی، ...):

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده

تاریخ مراجعه بعدی:

امضا

فرم مراقبت و خدمات جامع بیماری های پستان

مراجعات پیگیری				
ردیف	علت مراجعه	معاینات و بررسی های انجام شده و نتیجه معاینات	توصیه نهایی (همراه با مهر و امضا)	تاریخ مراجعه بعدی

*این فرم مربوط به کسانی است که در مرکز مراقبت زنان قبلاً تشکیل پرونده داده اند. علت مراجعه می تواند پیگیری مجدد و بررسی توصیه های قبلی مثل بررسی نتیجه ماموگرافی باشد، یا مراجعه بدلیل لمس توده مشکوک، زخم، درد، ترشح، فیرقرینگی، باشد.

*در قسمت معاینه و بررسی اقداماتی که برای فرد در پیگیری ها انجام می شود مثل معاینه بالینی، تفسیرنتایج ماموگرافی و سونوگرافی، ... ثبت می شود.

*در قسمت توصیه نهایی مواردی مانند تجویزدارو، توصیه های پیگیری توسط سطح یک، ذکر می شود.