



ANKIETA REZONANS MAGNETYCZNY PIERSI

IMIĘ I NAZWISKO

DATA BADANIA

1. Dzień cyklu w dniu badania

2. Data ostatniej miesiączki

3. Terapia hormonalna (min. 4-6 tyg. od zakończenia) tak nie

(krótki opis)

4. Chemioterapia tak nie

(krótki opis)

5. Radioterapia tak nie
(min. 12 m-cy od zakończenia)

(krótki opis)

6. Zabieg operacyjny piersi tak nie
(min. 6 m-cy od zabiegu)

(krótki opis)

7. Biopsja tak nie
(min. 3-6 m-cy od zabiegu)

(krótki opis)