



## ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΜΑΣΤΟΥ

Όνοματεπώνυμο:.....

ΑΜΚΑ.....

Διεύθυνση:.....Τηλέφωνο:.....

Ημερομηνία Γέννησης:..... Τοκετοί: **ΝΑΙ** **ΟΧΙ** .....

Υποβολή σε ορμονοθεραπεία (Αντισυλληπτικά, εξωσωματικές κ.τ.λ.): **ΝΑΙ** **ΟΧΙ** .....

Έχει/είχε η ασθενής περίοδο; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

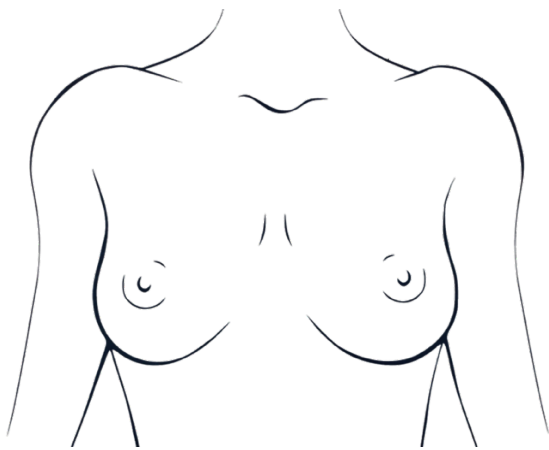
Ημερομηνία τελευταίας περιόδου (ΤΕΡ):.....

Ηλικία πρώτης έμμηνης ρύσης :  Ηλικία εμμηνόπαυσης :

Ιστορικό καρκίνου **ΜΑΣΤΟΥ/ ΩΟΘΗΚΩΝ** στην οικογένεια : **ΝΑΙ** **ΟΧΙ** .....

Άλλοι Καρκίνοι; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ** .....

Ημερομηνία εξέτασης: / /202....



.....

**Συμπέρασμα-Οδηγίες**

.....

.....

.....