

Bảng Câu Hỏi Về Tiền Sử Vú Của Bệnh Nhân

 Ngày hôm nay: _____ Tên bệnh nhân: _____ Ngày sinh: _____
Họ Tên Tên đệm hoặc Tên thời con gái

Tiền Sử Vú

 Ngày chụp quang tuyến vú lần cuối: _____ Kết quả: _____
 Kích cỡ áo ngực hiện tại: _____ Quý vị có cấy ghép vú không? Có Không
 Quý vị có biết cách tự khám vú không? Có Không
 Quý vị có thường xuyên tự khám vú không? Hàng tháng Vài tháng một lần Vài lần một năm Khác: _____

Tiền Sử Vú Trước Đây	CÓ	Bên nào?	Ngày làm Chẩn Đoán/Thủ Thuật	Phương Pháp Điều Trị hoặc Kết Quả
Ung thư vú	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> T		
U Nang Vú	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> T		
Sinh Thiết Vú	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> T		<input type="checkbox"/> Tăng Sản Không Điển Hình <input type="checkbox"/> Ung Thư Biểu Mô Tiểu Thùy Tại Chỗ (LCIS) <input type="checkbox"/> Ung Thư Biểu Mô Ống Tuyến Vú Tại Chỗ (DCIS) <input type="checkbox"/> Ung Thư Xâm Lấn <input type="checkbox"/> Khác: _____
Khác:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> T		

Tiền Sử Sinh Đẻ

 Ngày kinh nguyệt cuối cùng: _____ Số lần mang thai: _____
 Tuổi khi có kỳ kinh cuối (mãn kinh): _____ Số ca sinh mà thai sống: _____
 Tuổi khi có kỳ kinh đầu: _____ Tuổi khi sinh lần đầu mà thai sống: _____

 Quý vị có đang hoặc đã từng sử dụng liệu pháp thay thế hormone (HRT) hoặc thuốc tránh thai không? Có Không

↳ Nếu có, thì loại nào và đã sử dụng trong bao lâu?

Tên/Loại	Khoảng thời gian

 Quý vị đã từng cắt bỏ tử cung chưa? Có Không Nếu có, tuổi lúc đó: _____

 Quý vị đã từng cắt bỏ buồng trứng chưa? Có Không Nếu có, tuổi lúc đó: _____

 ↳ Nếu Có, buồng trứng nào đã bị cắt bỏ? Cả hai Phải Trái

Câu Hỏi Chung

 Quý vị đã bao giờ gặp vấn đề gì với việc gây mê chưa? Có Không Nếu có, vui lòng nêu rõ: _____

 Quý vị có thể đi bộ qua một dãy nhà hoặc leo cầu thang mà không bị hụt hơi không? Có Không

Tôi xác nhận rằng những thông tin trên là chính xác.

Chữ Ký của Bệnh Nhân/Người Đại Diện Được Ủy Quyền Hợp Pháp: _____ Ngày: _____