АНКЕТА ЗА СКРИНИНГ ПЛУЋА

Поштовани,
Ова анкета служи за процену ризика од болести плућа и припрему за скрининг преглед.

Молимо вас да искрено попуните сва питања. Подаци су поверљиви и користе се искључиво у медицинске сврхе.

ЛИЧНИ ПОДАЦИ

Име и презиме: _____

Датум рођења: _____

Пол: ☐ Мушко ☐ Женско

Контакт телефон: _____

ЗДРАВСТВЕНА ИСТОРИЈА

1. Да ли тренутно имате или сте икада имали било коју од следећих болести? (Означите све што важи)

☐ Хроничну опструктивну болест плућа (ХОБП)
☐ Астму
☐ Туберкулозу
☐ Рак плућа
☐ Срчане болести
☐ Дијабетес
☐ Друго: _____

2. Да ли тренутно имате респираторне симптоме? ☐ Кашаљ ☐ Краткоћа даха ☐ Испљувак крви ☐ Бол у грудима ☐ Повишену температуру ☐ Немам симптоме

3. **Да ли сте прележали COVID-19?** ☐ Да ☐ Не

ПУШЕЊЕ И ИЗЛОЖЕНОСТ РИЗИЦИМА

4. **Колико година пушите?** _____

5. **Да ли тренутно пушите?**

☐ Да, колико паклица дневно: _____

☐ Не, престао/ла сам пре: _____ година

6. **Да ли сте били изложени пасивном пушењу?** ☐ Да ☐ Не

7. **Да ли сте били изложени прашини, азбесту, хемикалијама или диму на послу?**
☐ Да ☐ Не
Ако је одговор да, наведите врсту изложености: _____

ПРЕТХОДНИ ПРЕГЛЕДИ

8. **Да ли сте у последњих 12 месеци радили РТГ или ЦТ(скенер) грудног коша?**
☐ Да ☐ Не
Ако је одговор да, колико пута: _____

9. **Да ли је у последњих 12 месеци рађена мамографија?** ☐ Да ☐ Не

ОНКОЛОШКА ИСТОРИЈА

10. **Да ли је раније дијагностификован карцином?** ☐ Да ☐ Не

11. **Да ли је примењивана зрачна терапија грудног коша?** ☐ Да ☐ Не
Ако је одговор да, када: _____

ПОРОДИЧНА ИСТОРИЈА

12. **Да ли неко у породици има, или је имао рак плућа?** ☐ Да ☐ Не ☐ Не знам

НАПОМЕНЕ

13. **Додатне информације или напомене које сматрате важним:**
_____
_____

Специјалиста радиологије:_____

Радиолошки техничар: _____

Потпис пацијента:_____

Датум: _____