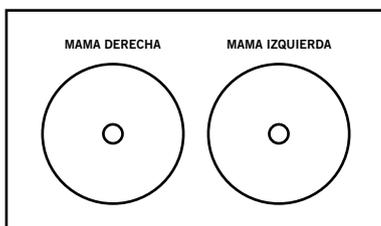


CUESTIONARIO DE RESONANCIA MAMARIA

Por favor evitar talcos, desodorantes y cremas en mamas y axilas antes de realizar el estudio.
 Marque con una (X) en el dibujo (el área de estudio) y donde se le indica.



Nombre y Apellido: Edad:

- ¿Ud. sigue menstruando? SI - NO

Fecha de última menstruación:/...../.....

- ¿Por qué le piden este estudio?

Evaluación de prótesis mamarias

Estudio de lesión mamaria conocida

Antecedente familiar de cáncer de mama

- ¿Deja estudios anteriores? SI - NO

Mamografía fecha:/...../..... Ecografía fecha:/...../.....

Resonancia mamaria fecha:/...../.....

- ¿Tiene algún familiar con cáncer de mama y/o ovarios? SI - NO

Ca de mama - Ca de ovario

Madre - Hermana - Abuela - Hija

¿Edad al momento del diagnóstico?

- ¿Tiene alguna cirugía mamaria anterior? SI - NO

¿Cuál de las siguientes?

Reductora

Biopsia quirúrgica

Tumorectomía

Cuadrantectomía

Mastectomía

Prótesis mamaria

Continúa al dorso

- **¿Tiene prótesis mamarias? SI - NO**

¿Sospechan ruptura de la prótesis? SI - NO

¿Cuál? Derecha - Izquierda - Ambas

¿Tiene dolor? SI - NO

¿Cuál? Derecha - Izquierda - Ambas

¿Tiene recambio de prótesis? SI - NO

¿Cuál? Derecha - Izquierda - Ambas

¿Tiene hecha una biopsia mamaria? SI - NO

¿Cuándo? Fecha://

¿Cuál es el diagnóstico?

¿Recibió tratamiento por cáncer de mama? SI - NO

¿Cuándo? Fecha://

Radioterapia: SI - NO

Médico solicitante:

Algún número de teléfono o e-mail de contacto:

Fecha://