

MEME MUAYENE FORMU

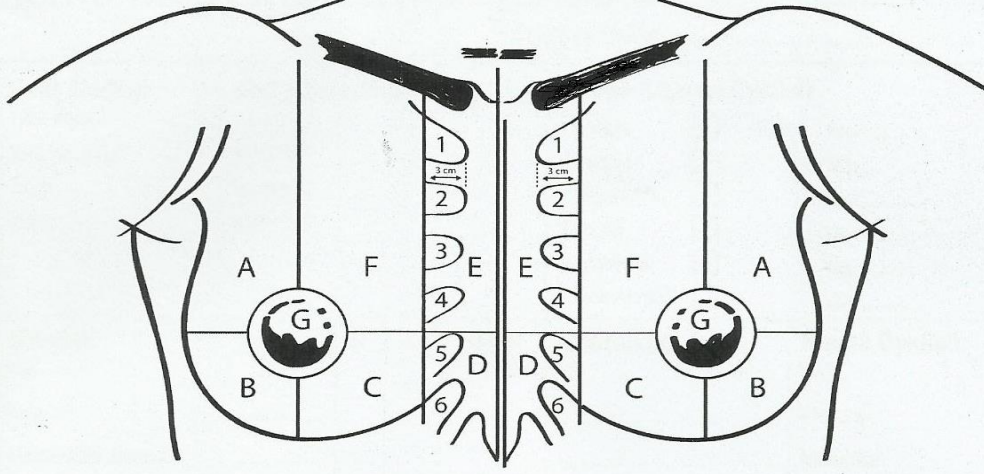
Dokuman No:	POL FR.02
Yayın Tarihi:	23.09.2013
Rev.No:	00
Rev.Tarihi:	
Sayfa No:	2/1

Tarih:

MEME SPESİFİK ANAMNEZ	Geliş Nedeni		Son Muayene Tarihi		Meme Kanseri Öyküsü		Kimlik Bilgileri	
	Yıllık Kontrol <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>/...../.....	Hastada <input type="checkbox"/>	Yaşı	Adı-Soyadı:		
Yeni bir sorun <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Annede <input type="checkbox"/>	Yaşı	TC Kimlik No:			
Takip <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Kızkardeşinde <input type="checkbox"/>	Yaşı	Doğum Tarihi:			
Diğer <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bilinmiyor <input type="checkbox"/>	Kızında <input type="checkbox"/>	Yaşı				
			Teyze/Hala <input type="checkbox"/>	Yaşı				
			Erkek Akraba <input type="checkbox"/>	Yaşı				
Şikayeti		R	L	Sıklık	Saptandığı Tarih	Meme Öyküsü		
Yok						SAT :		
Kitle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Menarş		
Meme başı akıntısı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Menapoz		
Meme başında çekinti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				İlk Doğum Yaşı		
Kızarıklık/Şişlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Doğum Sayısı		
Döküntü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Düşük/ Kürtaj		
Mastalji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				OK Kull.		
Diğer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				HRT		
						Son MG Tarihi		
						Meme Biyopsi/Sayısı		
						Bx Tanısı		
Meme Bulguları			Sağ	Sol	Kadran	Saat	Areolaya Uzaklık	
Normal Meme								
Granüler pattern								
Yoğun nodülarite								
Deride ödem								
Nipple/areola patolojik								
Hassasiyet								
Meme başı akıntısı								
Kitle								
Simetri <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>						
KİTLE ÖZELLİKLERİ								
Şekil	Sınırlar	Boyutlar (cm)		Yapı	Mobilite			
Yuvarlak <input type="checkbox"/>	Belirgin <input type="checkbox"/>			Yumuşak <input type="checkbox"/>				
Oval <input type="checkbox"/>	Belirsiz <input type="checkbox"/>			Sert <input type="checkbox"/>				
İrregüler <input type="checkbox"/>				Lastik Kıvamı <input type="checkbox"/>				
				Çok sert <input type="checkbox"/>				
LENF NODLARI								
Özellik	Aksiller		Supraklavikular		İnfraklavikular			
Yuvarlak <input type="checkbox"/>	Sağ	Sol	Sağ	Sol	Sağ	Sol		
Oval <input type="checkbox"/>								
İrregüler <input type="checkbox"/>								

MEME MUAYENE FORMU

Dokuman No: POL.FR.02
 Yayın Tarihi: 23.09.2013
 Rev.No: 00
 Rev.Tarihi:
 Sayfa No: 2/2



	Fizik Muayene Sonucu	İstenen Görüntüleme	Hasta Eğitimi
SONUÇ	Normal Muayene <input type="checkbox"/>	Tarama MG <input type="checkbox"/>	Yıllık taramanın önemi <input type="checkbox"/>
	Bening bulgular <input type="checkbox"/>	Tanısal MG <input type="checkbox"/>	Kendi kendine muayene <input type="checkbox"/>
	Şüpheli <input type="checkbox"/>	Meme USG <input type="checkbox"/>	Aile bireylerinin takibi <input type="checkbox"/>
	Diğer		
ÖN TANİ	Tarih:		Doktor:
KARAR	Muayene ve görüntülene UYUMLU <input type="checkbox"/>	Konsültasyon	Kontrolle çağrıldı
	Muayene ve görüntülene ÇELİŞKİLİ <input type="checkbox"/>	Radyoloji <input type="checkbox"/>	1-2-3-6 ay sonra <input type="checkbox"/>
		Cerrahi <input type="checkbox"/>	Yıllık kontrol <input type="checkbox"/>
	Konsültasyon Sonucu:...../...../.....	Konsültan Dr:	
	Tanı:		
TAKİP NOTLARI			