



Imię i nazwisko pacjenta: _____

PESEL/Data urodzenia*: _____

Waga _____ Wzrost _____

Dane przedstawiciela ustawowego (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

Adres: _____ Telefon: _____

ANKIETA DLA PACJENTA PRZED WYKONANIEM BADANIA MAMMOGRAFICZNEGO

Czy to Pani pierwsza mammografia?	Tak	Nie
Jeśli TAK – kiedy wykonano ostatnią mammografię i ile ich było?		
Czy miała Pani wcześniej wykonywane inne badania piersi (USG, biopsja, MR)?	Tak	Nie
Jeśli TAK , jakie i kiedy?	rok	
Kiedy miała Pani pierwszą miesiączkę i ostatnią miesiączkę Pierwsza miesiączka (wiek) Ostatnia miesiączka (wiek).....		
Jaka jest długość cyklu u Pani?	dni	
Jeśli Pani rodziła, to w jakim wieku nastąpił pierwszy poród?	lat	
Czy stwierdzono u Pani mutację genetyczną zwiększającą ryzyko raka piersi?	Tak	Nie
Czy u Pani w rodzinie występował rak piersi, jajnika lub trzonu macicy?	Tak	Nie
Jeśli występował to proszę podać u kogo .		
Czy przyjmuje Pani preparaty hormonalne (HTZ, antykoncepcja)?	Tak	Nie
Jeśli TAK to od kiedy i jaki rodzaj ?.....	Tak	Nie
Czy występują u Pani dolegliwości lub zmiany w piersiach?	Tak	Nie
Jeśli TAK , jakie (proszę zaznaczyć – na której piersi) i od kiedy ?..... ból ☐ TAK, guzek/zgrubienie ☐ TAK wciągnięcie brodawki ☐ TAK, wyciek z brodawki ☐ TAK, zmiany na skórze piersi (np. blizny, lokalizacja) ☐ TAK		
Czy bada Pani sobie piersi ?	Tak	Nie
Czy w ostatnim roku lekarz badał Pani piersi ?	Tak	Nie
Czy jest Pani w ciąży lub podejrzewa, że może być		



ul. Wołoska 137, 02-507 Warszawa
Centrum Diagnostyki Radiologicznej

Wydanie I obow. od 11.02.2026 r. Zatwierdził: Z-ca Dyrektora ds. Medycznych w dniu 11.02.2026 r.

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

W przypadku pozostawienia dokumentacji poprzednich badań proszę zaznaczyć rodzaj i ilość dołączonej dokumentacji

CD/DVD	Dokumentacja papierowa	inne
--------	------------------------	------



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA WYKONANIE BADANIA RADIOLOGICZNEGO Z UŻYCIEM PROMIENIOWANIA JONIZUJĄCEGO

BADANIE MAMMOGRAFICZNE

Bezwzględny przeciwwskazaniem do badania jest ciąża. Jeżeli istnieje jakiekolwiek prawdopodobieństwo, że jest Pani w ciąży prosimy porozumieć się z lekarzem.

1. Opis badania mammografii.

Mammografia to badanie obrazowe wykorzystujące minimalną dawkę promieniowania rentgenowskiego do wykrywania zmian w tkance piersi, takich jak guzki czy zwapnienia, które mogą być wczesnymi oznakami raka piersi. Badanie polega na wykonaniu dwóch zdjęć każdej piersi w różnych projekcjach, a jego główną zaletą jest wysoka czułość w wykrywaniu zmian, często jeszcze przed wyczuciem ich palpacyjnie. W Polsce program bezpłatnej mammografii profilaktycznej w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia obejmuje kobiety w wieku od 45 do 74 lat, które mogą wykonać badanie co dwa lata bez skierowania. Aby wykonać badanie mammograficzne pacjentka musi przedstawić skierowanie wystawione przez lekarza prowadzącego. Jedynie w przypadku badań tzw. przesiewowych nazywanych także skryningowymi skierowanie nie jest potrzebne. Oprócz skierowania należy przedstawić dowód osobisty jak również dostarczyć dokumentację uprzednich badań obrazowych (opisy, płyty CD, zdjęcia) i dotychczasowego leczenia (karty informacyjne).

Mammografia przesiewowa to badanie profilaktyczne, wykonywane regularnie w celu wykrycia choroby we wczesnym stadium, zanim pojawią się jakiekolwiek objawy. Jest to jeden z najskuteczniejszych sposobów dbania o zdrowie piersi. **Mammografia diagnostyczna:** Badanie wykonywane w celu wyjaśnienia niepokojących objawów, takich jak wyczuwalny guzek, zmiany skórne, ból piersi lub wyciek z brodawki, a także w celu weryfikacji nieprawidłowości wykrytych podczas badań przesiewowych.

Głównym celem badania mammograficznego jest wczesne wykrywanie raka piersi poprzez obrazowanie tkanek za pomocą promieni rentgenowskich, nawet w stadiach, gdy nowotwór jest jeszcze niewyczuwalny palpacyjnie. Pozwala to na diagnozę małych zmian (nawet milimetrowych), co znacznie zwiększa szanse na skuteczne i mniej inwazyjne leczenie oraz na całkowite wyleczenie.

Ochrona radiologiczna podczas mammografii opiera się na zasadzie ALARA (As Low As Reasonably Achievable – tak nisko, jak to rozsądnie osiągalne) oraz zasadach: czasu, odległości i osłony, aby zminimalizować dawkę promieniowania jonizującego przy jednoczesnym uzyskaniu wartościowego obrazu diagnostycznego. Obejmuje to stosowanie nowoczesnego sprzętu, optymalnych parametrów ekspozycji, prawidłowej kompresji piersi, a także stosowanie osłon ochronnych przez personel medyczny.

2. Przygotowanie do badania mammografii

Badanie mammografii nie wymaga specjalistycznego przygotowania. W dniu badania należy unikać stosowania dezodorantu, balsamu, pudru ani talku na skórze klatki piersiowej i pod pachami, a także zdjąć biżuterię. Warto założyć luźne, dwuczęściowe ubranie, aby ułatwić rozbieranie się od pasa w górę. Najlepszym momentem na wykonanie badania jest pierwsza połowa cyklu miesięczkowego, około 10. dnia, ponieważ wtedy piersi są mniej wrażliwe na ucisk. Bardzo ważne jest, by zabrać ze sobą opisy i zdjęcia z poprzednich badań piersi (USG, mammografia, biopsja) oraz wypisy ze szpitala, jeżeli wykonywane były zabiegi w obrębie gruczołów sutkowych, ponieważ w mammografii bardzo istotna jest ocena dynamiki przemian w piersiach.

3. Przeciwwskazania do wykonania badania mammografii oraz opis możliwych powikłań

Głównym przeciwwskazaniem do mammografii jest ciąża oraz karmienie piersią, ze względu na promieniowanie rentgenowskie. Innymi względami, które należy wziąć pod uwagę, jest wykonanie świeżej operacji piersi lub biopsji, co może wpłynąć na wyniki badania. Z powodu gęstej struktury piersi, która utrudnia uzyskanie wyraźnego obrazu, mammografia nie jest zalecana kobietom poniżej 40. roku życia; zamiast niej wykonuje się USG piersi.



ul. Wołoska 137, 02-507 Warszawa
Centrum Diagnostyki Radiologicznej

Wydanie I obow. od 11.02.2026 r. Zatwierdził: Z-ca Dyrektora ds. Medycznych w dniu 11.02.2026 r.

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

4. Opis zdarzeń niepożądanych związanych z badaniem mammografii

Główne negatywne skutki mammografii związane są z uciskiem podczas badania. Pierś jest uciskana, aby uzyskać wyraźny obraz oraz uzyskać niską dawkę promieniowania.. To może powodować przejściowy ból, dyskomfort lub siniaki, które zazwyczaj ustępują po krótkim czasie.

5. Oświadczenie Pacjentki dot. proponowanego badania mammografii

W dniu ____/____/_____/ przeprowadzono ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanego badania mammografii**.

Oświadczam, że miałam wystarczający czas na zapoznanie się z informacją zawartą w niniejszym formularzu, zapoznałam się z nią i ją zrozumiałam, zrozumiałam także wyjaśnienia, zostałam wyczerpująco poinformowana o celu i przebiegu badania oraz ryzyku powikłań jego wykonania albo możliwych następstw rezygnacji z proponowanego badania, miałam możliwość zadawania dodatkowych pytań, na które uzyskałam wyczerpujące odpowiedzi. Zostałam poinformowana również o tym, że przebieg, ryzyko powikłań oraz efekty badania nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta, a także że wartość diagnostyczna proponowanego badania mammografii jest ograniczona.

Udzielono mi również rzetelnej informacji na temat wszelkich następstw i powikłań jakie mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem się do wskazań po badaniu.

Jeżeli ma Pan/Pani jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego badania prosimy o ich wpisanie poniżej:

Przed rozpoczęciem badania udzieliłam pełnych i prawdziwych informacji w uzupełnionej przeze mnie ankiecie oraz na pytania, które zadano mi w trakcie wywiadu, w tym odnośnie:

- mojego stanu zdrowia,
- wszelkiego typu alergii,
- trwającej terapii chorób przewlekłych,
- istnienia/braku ciąży,
- przyjmowanie leków,
- przebytych zabiegów i urazów.

data

czytelny podpis Pacjenta

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

Prosimy o podanie ewentualnych zastrzeżeń i uwag dotyczących opisanych powyżej informacji:

_____ data	_____ czytelny podpis Pacjenta
_____ data	_____ czytelny podpis Przedstawiciela ustawowego Pacjenta



ul. Wołoska 137, 02-507 Warszawa
Centrum Diagnostyki Radiologicznej

Wydanie I obow. od 11.02.2026 r. Zatwierdził: Z-ca Dyrektora ds. Medycznych w dniu 11.02.2026 r.

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie proponowanego **badania mammografii**.

Zostałem/am poinformowany/a, że udzielona przeze mnie zgoda może być w każdej chwili cofnięta.

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanego **badania mammografii**.

Jednocześnie oświadczam, że zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla
mojego zdrowia i życia, które obejmują w szczególności:

Uzasadnienie odmowy

*(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego i ewentualnego
wskazania uzasadnienia odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania mammografii.. Podanie uzasadnienia
jest dobrowolne.)*

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



ul. Wołoska 137, 02-507 Warszawa
Centrum Diagnostyki Radiologicznej

Wydanie I obow. od 11.02.2026 r. Zatwierdził: Z-ca Dyrektora ds. Medycznych w dniu 11.02.2026 r.

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

6. Oświadczenie osoby udzielającej wyjaśnień oraz przyjmującej zgodę

Oświadczam, że:

Przedstawiłem/am* pacjentce/pacjentowi informacje o planowanym badaniu zgodnie z prawdą i posiadaną wiedzą medyczną. Udzieliłem/am informacji umożliwiających świadome wyrażenie zgody bądź świadomą odmowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej oraz udzieliłem odpowiedzi na jej/jego pytania. Poinformowałem pacjentkę o negatywnych konsekwencjach niewyrażenia zgody na zaproponowane badanie.

Z uwagi na stan pacjenta powyższe informacje nie zostały mu przekazane*.

_____ data

_____ czytelny podpis pracownika medycznego

Pacjent nie jest w stanie złożyć oświadczenia o wyrażeniu zgody / odmowie wyrażenia zgody w formie pisemnej z powodu:

Pacjent złożył oświadczenie o wyrażeniu zgody/odmowie wyrażenia zgody* na przeprowadzenie proponowanego **badania mammografii** w następujący sposób:

Oświadczenie zostało złożone w sposób dostatecznie jasny.

_____ data

_____ czytelny podpis pracownika medycznego

_____ miejsce na ewentualny podpis osoby trzeciej
obecnej przy składaniu oświadczenia

7. Oświadczenie lekarza nadzorującego badanie

Potwierdzam, że zapoznałem/-am się z informacjami zawartymi w dokumencie dotyczącym zgody Pacjenta na wykonanie badania .

_____ data

_____ czytelny podpis lekarza nadzorującego badanie

8. Adnotacja o uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego

Uzyskano zgodę sądu opiekuńczego **na przeprowadzenie badania mammografii** .

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza i wskazania przyczyny uzyskania zgody zastępczej, danych sądu, daty i miejsca wydania, sygnatury postanowienia oraz jego zakresu):

_____ data

_____ podpis i pieczęć lekarza