

Маммография Screening Маммографическое Обследование

RUSSIAN

What is the REASON you are having a breast imaging exam?

(please select one)

По какой ПРИЧИНЕ вам делают обследование с получением снимков молочной железы?

(просим выбрать только один вариант ответа)

- This is a routine (screening) exam. I am not having breast problems.
Это плановый (профилактический скрининг) тест. У меня нет проблем с молочной железой.
- I am having breast problems: _____
У меня есть проблемы с молочной железой.
- This is additional exam requested from a recent study.
Это дополнительный тест, который рекомендован после недавнего исследования.
- This is a short interval follow-up request from my last exam (1-11 months ago).
Данное обследование рекомендовано к проведению через короткий интервал времени после моего последнего теста (1-11 месяцев назад)
- I have breast implants, but I am not having any problems.
У меня есть грудные импланты, но у меня нет с ними проблем.
- This is a review of an outside study.
Это повторение исследования, сделанного в другом месте.
- I am going to have breast reduction.
У меня будет операция по уменьшению груди.
- I am going to have radiation therapy.
Я буду получать лучевую терапию.
- This is an additional exam requested from my current screening exam.
Это дополнительный тест, который рекомендован после моего текущего планового исследования.
- I have a history of benign breast disease.
У меня было в прошлом доброкачественное заболевание молочной железы.
- I have a personal history of breast cancer with breast conservation therapy.
У меня был рак молочной железы с лечением, которое сохранило молочную железу.

Check all of the following RISK FACTORS that are true for you:

Отметьте все нижеследующие ФАКТОРЫ РИСКА, которые применимы к вам:

- No one in my family has had breast cancer
Ни у кого в моей семье не было рака молочной железы
- My aunt, grandmother, or cousin had breast cancer
У моей тети, бабушки или двоюродной сестры был рак молочной железы

Previous Mammograms? Yes No

Предыдущие Маммограммы? Да Нет

When Когда _____

Where Где _____

Do you have Implants?

У вас есть грудные импланты?

(If yes, circle L for Left or R for Right)

(Если «да», то обведите кружком L - если имплант Слева или R -если Справа)

- L R I don't know the specific type
Мне неизвестно какого он типа
- L R Silicone gel implant
Силиконовый гелевый имплант
- L R Saline implant
Солевой имплант
- L R Combination implant
Комбинированный имплант
- L R Pre-pectoral implant
Препекторальный имплант
- L R Retro-pectoral implant
Ретропекторальный

(субпекторальный) имплант

Previous PROCEDURES? Yes No

Предыдущие ПРОЦЕДУРЫ? Да Нет

(Circle L for Left or R for Right)

(Обведите кружком L - если Слева или R -если Справа)

- L R Cyst aspiration
Аспирация кисты
- L R Needle biopsy
Биопсия иглой
- L R Excisional biopsy
Эксцизионная биопсия
- L R Lumpectomy for cancer
Лампэктомия по поводу рака
- L R Mastectomy
Мастэктомия
- L R Radiation therapy
Лучевая терапия
- L R Breast reduction
Уменьшение груди

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine

Harborview Medical Center – University of Washington Medical Center

UW Neighborhood Clinics – Valley Medical Center

University of Washington Physicians Seattle, Washington

MAMMOGRAPHY SCREENING - RU

Page 1 of 3



U3047

UH3047RU REV JAN 20

- My mother or sister had breast cancer after their periods stopped
У моей матери или сестры был обнаружен рак молочной железы после того, как у них прекратились менструации.
- My mother or sister had breast cancer while they were still having their periods
У моей матери или сестры был обнаружен рак молочной железы когда у них еще были менструации.
- I do not know my family breast cancer history
Мне неизвестно, если у кого-то из моих родных был рак молочной железы
- I have had breast cancer I have had endometrial cancer
У меня был рак молочной железы У меня был рак эндометрия
- I have had a previous breast biopsy that showed a high risk lesion
У меня в прошлом была биопсия груди, которая определила очаговое изменение высокой степени риска.
- I have been through menopause
У меня была менопауза
- I have never had children I had my first child after age 30
У меня никогда не было детей Первый ребенок у меня был после 30 лет

L R Implant removed
Удаленный имплант

Have you ever received chemotherapy for any type of cancer? Yes No
Вы когда-нибудь получали химиотерапию по поводу какого-либо типа рака? Да Нет

If you ever used any of the following Hormones, please enter:

Если вы когда-либо использовали какой-то из следующих Гормонов, пожалуйста, укажите:

	Age First Used Возраст при Первом Применении	Duration of Use Продолжительность Применения	Age at Last Use Возраст при Последнем Применении	Currently Using Применяется в настоящее время
Hormonal Contraceptives Гормональные контрацептивы	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Да Нет
Estrogen Эстроген	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Да Нет
Progesterone Прогестерон	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Да Нет
Tamoxifen Тамоксифен	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Да Нет
Other: _____ Прочие:	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Да Нет

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine

Harborview Medical Center – University of Washington Medical Center
UW Neighborhood Clinics – Valley Medical Center
University of Washington Physicians Seattle, Washington

MAMMOGRAPHY SCREENING - RU

Page 2 of 3



U3047

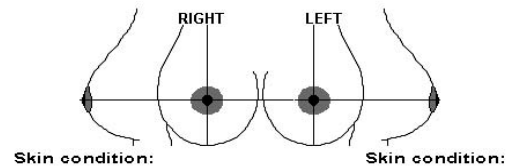
UH3047RU REV JAN 20

Enter your Menstrual History:

Укажите Характер Прохождения ваших Менструаций:

Age when periods started: _____
Возраст, когда начались менструации
Age at first full term pregnancy: _____
Возраст при первой доношенной беременности:
Age at natural menopause: _____
Возраст при наступлении естественной менопаузы:
Age at hysterectomy: _____
Возраст при гистерэктомии
Age at right ovary removal: _____
Возраст при удалении правого яичника:
Age at left ovary removal: _____
Возраст при удалении левого яичника
Number of live births: _____
Число живорождений (детей, родившихся живыми)

PATIENT SIGNATURE	DATE	TIME
TECHNOLOGIST SIGNATURE	DATE	TIME



Technologists Notes:

Equipment cleaned and disinfected Yes No

Russian Translation by UWMC Interpreter Services

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine
Harborview Medical Center – University of Washington Medical Center
UW Neighborhood Clinics – Valley Medical Center
University of Washington Physicians Seattle, Washington

MAMMOGRAPHY SCREENING - RU

Page 3 of 3



U3047

UH3047RU REV JAN 20