

## BREAST MRI QUESTIONNAIRE

- 1. Indication:** (please mark the most appropriate reason for the test)
  - Routine follow-up
  - Evaluation of suspicious finding on: (please circle) Palpation / Mammogram / Ultrasound
  - Newly diagnosed breast cancer - pre-surgical evaluation
  - Follow up of finding on previous MRI
  - Evaluation of implants
  - Other: (please specify) \_\_\_\_\_
- 2. Have you had breast cancer in the past?** ( ) NO ( ) YES  
 If yes, did you undergo: Mastectomy / Lumpectomy Side: Right / Left Year? \_\_\_\_\_
- 3. Risk Factors:** (please mark all those that are relevant for you)
  - BRCA carrier ( please circle: 1 / 2 / both )
  - Family history of breast cancer (please circle: mother/sister/daughter/other \_\_\_\_\_)
  - Family history of ovarian cancer (please circle: mother/sister/daughter/other \_\_\_\_\_)
  - Prior radiation to the chest (if yes please circle): Lumpectomy/Lymphoma/Prior Breast Cancer)
  - Fertility treatment? Year \_\_\_\_\_ How many rounds? \_\_\_\_\_
  - Hormone Replacement Therapy: Currently / Previously, if so, when? \_\_\_\_\_
  - ADH / LCIS in the past (please circle)
- 4. Do you still have a regular menstrual cycle?:**  
 ( ) NO If No, have you had your ovaries removed? NO / YES, if Yes, when \_\_\_\_\_  
 ( ) YES If Yes, when was the first day of your last menstrual cycle: \_\_\_\_\_  
 ( ) Mirena
- 5. Are you Breastfeeding?** ( ) NO ( ) YES
- 6. Have you had a Breast MRI previously?:** ( ) NO ( ) YES  
 If yes: date of MRI \_\_\_\_\_ Where was it performed? Misgav Ladach Hospital / Other: \_\_\_\_\_
- 7. Have you had previous breast Mammograms and/or Ultrasounds:** ( ) NO ( ) YES  
 Mammogram: Where was it performed? \_\_\_\_\_ Discs attached? ( ) NO ( ) YES  
 Ultrasound: Where was it performed? \_\_\_\_\_ Discs attached? ( ) NO ( ) YES
- 8. Have you had a breast biopsy?:** ( ) NO ( ) YES  
 If Yes, which side: Right / Left What was the result? Benign / DCIS / Cancer / Other \_\_\_\_\_
- 9. Who is your Referring Physician?** Dr \_\_\_\_\_ Surgeon / Oncologist / Family doctor  
 Where does the Physician work? \_\_\_\_\_

**Thank you for your cooperation.**

---

### For office use

**DENSITY:** 1 2 3 4      **BPE:** 1 2 3 4

**BIRADS:** RT - 1 2 3 4 5 6      /      LT - 1 2 3 4 5 6



## שאלון לבדיקת MRI שדיים

מדבקה / פרטי המטופל

1. סיבת הבדיקה, סמני את המתאים ביותר:

- מעקב שגרתי
- בירור ממצא אנא סמני: נמוש / בממוגרפיה / באולטרסאונד
- אבחנה חדשה של סרטן שד - הערכה לפני ניתוח או טיפול
- מעקב אחר ממצא ב - MRI קודם
- הערכת שתלים
- אחר, פרטי: \_\_\_\_\_

2. האם היה לך סרטן שד בעבר?

- לא
- כן, אם כן, מה עברת? למפקטומיה - ימין / שמאל בשנת: \_\_\_\_\_ / מסקטומיה - ימין / שמאל בשנת: \_\_\_\_\_

3. להלן רשימת גורמי סיכון, סמני מה מהבאים נוגע לך:

- נשאית BRCA - אנא סמני: 1 / 2 / שניהם
- סיפור משפחתי של סרטן השד - אנא סמני: אם, אחות, בת, סבתא, דודה, אחר \_\_\_\_\_
- סיפור משפחתי של סרטן שחלה - אנא סמני: אם, אחות, בת, סבתא, דודה, אחר \_\_\_\_\_
- הקרנות לבית החזה בעבר - אם כן, בשל למפקטומיה לימפומה
- טיפולי פוריות שנה: \_\_\_\_\_ מס' טיפולים: \_\_\_\_\_
- טיפול הורמונלי חליפי (HRT) כעת / בעבר - אם בעבר: לפני כמה שנים \_\_\_\_\_
- LCIS / ADH בעבר

4. האם את עדין מקבלת מחזור חודשי?

- לא, אם לא, האם עברת כריתת שחלות? לא/כן שנה: \_\_\_\_\_
- כן, אם כן, תאריך תחילת המחזור האחרון? \_\_\_\_\_
- התקן מירנה

5. האם את מניקה?

- לא
- כן

6. האם ביצעת MRI שדיים בעבר?

- לא
- כן

7. האם ומתי ביצעת ממוגרפיה ו/או אולטרסאונד שדיים אחרונה?

- כן
- לא בוצע
- מצורף דיסק
- אם כן, ממוגרפיה - מתי? היכן? \_\_\_\_\_ אולטרסאונד - מתי? היכן? \_\_\_\_\_

8. האם עשית ביופסיית שד לאחרונה?

- לא
- כן, אם כן באיזה שד? ימין/שמאל
- מה התוצאה? שפיר / טרום סרטני / סרטן / אחר \_\_\_\_\_

9. מי הרופא המפנה? \_\_\_\_\_ כירורג / אונקולוג / רופא משפחה

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

לשימוש משרד

DENSITY: 1 2 3 4

BPE: 1 2 3 4

BIRADS: RT - 1 2 3 4 5 6 / LT - 1 2 3 4 5