

# Onkoloģiskās modrības karte

Aizpildiet un nododiet savam ģimenes ārstam. Aizpildiet abas puses.

Datums \_\_\_\_\_

Jautājums	Nē	Jā	
1. Vai pēdējā laikā esat ievērojis kādus neparastus izdalījumus vai asiņošanu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No deguna <input type="checkbox"/> Atklepojot <input type="checkbox"/> Atvemjot	<input type="checkbox"/> No krūtsgaliem <input type="checkbox"/> No dzimumceļiem <input type="checkbox"/> No tūpļa atveres
2. Vai pēdējā laikā esat ievērojis kādas pārmaiņas vēdera izejā vai urinējot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Neizskaidrojamas caurejas <input type="checkbox"/> Aizcietējums <input type="checkbox"/> Izkārnījumu krāsas pārmaiņas <input type="checkbox"/> Bieža defekācijas vai urinēšanas vajadzība (tenesms)	<input type="checkbox"/> Sāpes defekācijas laikā <input type="checkbox"/> Gļotu izdalīšanās no tūpļa atveres <input type="checkbox"/> Diegveida izkārnījumi <input type="checkbox"/> Sāpes urinācijas laikā <input type="checkbox"/> Strūklas pārmaiņas
3. Vai pēdējā laikā pats esat sev sataustījis vai ievērojis kādus neparastus sacietējumus, veidojumus vai bumbuļus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Uz kakla <input type="checkbox"/> Virs atslēgas kaula <input type="checkbox"/> Padusēs <input type="checkbox"/> Krūtīs	<input type="checkbox"/> Zem ādas <input type="checkbox"/> Cirkšņos <input type="checkbox"/> Sēklinieku maisiņos
4. Vai Jums ir kādi neparasti pigmentveidojumi (kur)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lokalizācija .....	
5. Vai pēdējā laikā esat ievērojis kāda esošā pigmentveidojuma pārmaiņas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Parādījies jauns <input type="checkbox"/> Palielinājies <input type="checkbox"/> Tā robežas kļuvušas robainas	<input type="checkbox"/> Mainījies krāsa <input type="checkbox"/> vai virsma <input type="checkbox"/> Tas asiņo, sulo vai zvīņojas
6. Vai esat krities svarā?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Jautājums	Nē	Jā
7. Vai Jums ir kāds ilgstoši nedzīstošs pušums, ādas plaisājums, puscaurspīdīgs mezgliņš ar vaļņveidīgu maliņu, nenoejošas krevēlītes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lokalizācija..... ..... .....
8. Vai pēdējā laikā esat aizsmacis vai ir kādas citādas balss pārmaiņas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vai pēdējo 2 mēnešu laikā Jums ir klepus vai klepus veida pārmaiņas (kairinošs, sauss, mitrs)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Vai Jums ir rīšanas grūtības, sāpes rijot vai jūtat barības kumosa pārvietošanos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vai pēdējā laikā Jums ir paaugstināta temperatūra, drebuļi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Vai pēdējos mēnešos jūtat pastiprinātu nespēku un nogurumu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Vai esat saņēmis uzaicinājumu uz valsts skrīninga programmu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Krūts vēža jeb mamogrāfijas skrīnings <input type="checkbox"/> Dzemdes kakla vēža jeb citoloģiskās iztriepes skrīnings <input type="checkbox"/> Zarnu vēža jeb slēpto asiņu noteikšana fēcēs
14. Vai esat veicis skrīninga izmeklējumu saistībā ar uzaicinājumu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mamogrāfija <input type="checkbox"/> Dzemdes kakla citoloģiskās iztriepes izmeklēšana <input type="checkbox"/> Slēptās asinis fēcēs <input type="checkbox"/> Neatbilstu skrīninga grupai

