



REGISTRATIEFORMULIER VOOR SCREENINGSMAMMOGRAFIE - 1^{STE} LEZING

RIJKSREGISTERNUMMER: _____

DATUM MX: ____/____/____

I. IDENTIFICATIE VROUW

Geboortedatum: ____/____/____

Naam: _____

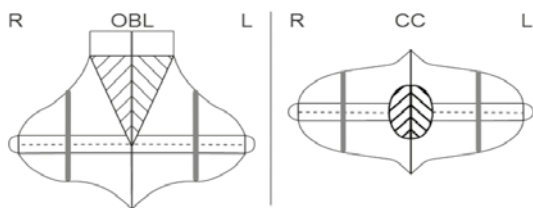
II. AFWIJKING

	R	L
Geen/Niet verdacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te weerhouden omwille van:		
• onscherpte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• stellair	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• distorsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• massa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• inliggende microverkalking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solitair	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meerdere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. CALCIFICATIES

	R	L
Geen/Niet verdacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. LOKALISATIES



V. SAMENSTELLING BORSTWEEFSEL

	R	L
(Bijna) volledig lipomateus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verspreid fibroglandulair weefsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heterogeen dens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extreem dens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VI. EVOLUTIE

MX om te vergelijken aanwezig:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Datum vergeleken mx: ____/____/____	<input type="checkbox"/> ana	<input type="checkbox"/> digi
Vergeleken:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Bevindingen:	<input type="checkbox"/> niet vergelijkbaar	<input type="checkbox"/> ongewijzigd
	<input type="checkbox"/> nieuw	<input type="checkbox"/> veranderd

VII. IDENTIFICATIE ME

ME: _____

Beeldvormer: eerste lezer
 laborant, identificatie: _____

Aantal beelden: _____

Lezer: _____

Datum lezing: ____/____/____

Handtekening: _____

VIII. TECHNISCHE KWALITEIT

	R	L
Foto direct hernomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foto bij recall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Goed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niet goed technisch-fysisch:		
• artefacten/beeldverwerking/roostertekening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• belichting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• beeldonscherpte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• onvoldoende compressie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niet goed positionering:		
• pectoralis-OBL niet tot tepelhoogte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• tepel niet tangentieel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• inframmaire plooi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• afstand tepel-pectoralis is niet gelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• geen Eklund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• plooiensuperpositie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• deel van de borst niet afgebeeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niet goed maar kan niet beter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Reden: _____

IX. CONCLUSIE

	R	L
Geen afwijking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Goedaardige afwijking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdere oppuntstelling nodig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Technisch niet interpreteerbaar (recall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mastectomie, geen opnames	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

X. GEVOLG

	R	L
Geen verder onderzoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verder onderzoek:		
• bijkomende mammografie en/of echografie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• pathologisch onderzoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• mammografische controle(s) na 6 maanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• te vergelijken met vorige mammografie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

XI. OPMERKING

Enkel belangrijke klinische of anamnestiche informatie voor de (BLINDE) tweede lezing: _____

XII. PRIORITEIT

Prioritair behandelen

Reden (verplicht): _____
