**Skrīninga mamogrāfijas rezultāts/nosūtījums uz turpmākajiem pēcskrīninga izmeklējumiem**

Datums Ārstniecības iestāde

Uzaicinājuma vēstules Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vārds, uzvārds Personas kods [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  −[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Adrese

Veiktās manipulācijas:

[ ]  mamogrāfija (500961) [ ]  mamogrāfijas skrīninga izmeklējums mobilajā mamogrāfijas kabinetā (602581)

Veiktās manipulācijas (skrīninga mamogrāfijas) datums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Skrīninga mamogrāfijas apraksts**

|  |  |
| --- | --- |
| **Šifrs** | **Apraksts** |
| **B1 [ ]**  | BI-RADS 1 - Atradne atbilst normai. Gaidiet nākamo uzaicinājuma vēstuli un tad ierodieties uz kārtējo skrīninga mamogrāfiju (līdz 69 gadu vecumam). |
| **B2 [ ]**  | BI-RADS 2 - Potenciāli labdabīgas pārmaiņas. Nav rentgenoloģisku pazīmju, kas norādītu uz ļaundabīgu audzēju. Gaidiet nākamo uzaicinājuma vēstuli un tad ierodieties uz kārtējo skrīninga mamogrāfiju (līdz 69 gadu vecumam). |
|  |  |
| **B0 [ ]**  | BI-RADS 0 - Nepilnīga izmeklēšana (nepieciešami papildus izmeklējumi).  **Ar šo nosūtījumu** **dodieties uz norādītajām ārstniecības iestādēm, lai veiktu turpmākos izmeklējumus, tsk., biopsiju un saņemtu onkologa konsultāciju.** |
| **B4 [ ]**  | BI-RADS 4 - Aizdomas uz ļaundabīgām pārmaiņām. **Ar šo nosūtījumu** **dodieties uz norādītajām ārstniecības iestādēm, lai veiktu turpmākos izmeklējumus, tsk., biopsiju un saņemtu onkologa konsultāciju.** |
| **B5 [ ]**  | BI-RADS 5 - Pārmaiņas ļoti aizdomīgas uz ļaundabīgu saslimšanu. **Ar šo nosūtījumu** **dodieties uz norādītajām ārstniecības iestādēm, lai veiktu turpmākos izmeklējumus, tsk., biopsiju un saņemtu onkologa konsultāciju un veiktu.** |

Atzīmēt atbilstošo atbildi

Veidlapa ar atzīmētu šifru B0, B4, B5 ir nosūtījums uz norādītajām ārstniecības iestādēm turpmākajiem izmeklējumiem vai onkologa konsultācijas saņemšanai bez ģimenes ārsta nosūtījuma. Mēneša laikā pēc rezultātu saņemšanas veiciet pierakstu uz turpmākiem izmeklējumiem. Reģistrējoties obligāti informējiet, ka Jums ir šāda atzīmēta skrīninga mamogrāfijas veidlapa.

**Ārstniecības iestādes turpmāku izmeklējumu veikšanai**

Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīca, Rīga Hipokrāta iela 2, tālrunis 67000610; Paula Stradiņa klīniskās universitātes slimnīca, Rīga, Pilsoņu iela 13, tālrunis 67069280; Daugavpils reģionālā slimnīca, Daugavpils, Viestura iela 5, tālrunis 65422419; SIA Liepājas reģionālā slimnīca, Slimnīcas iela 25, Liepāja, tālrunis 63403231.

**Informācija**

Lūdzu, glabājiet savus iepriekšējo izmeklējumu rezultātus un, nākot uz konsultāciju, ņemiet tos līdzi! Atcerieties, kurā ārstniecības iestādē veikti iepriekšējie izmeklējumi, ja rezultātu nav jūsu rīcībā!

Atcerieties, ka vēža diagnozi pierāda tikai un vienīgi audu šūnu izmeklējumu rezultāti! Dubultapraksta ārstniecības personas

Radiologs Radiologs (vārds, uzvārds) (vārds, uzvārds)

 Apstiprinu divu radiologu slēdzienu

 (vārds, uzvārds) (paraksts)

Piezīmes: 1 “Valsts organizētā krūts vēža skrīninga sniegšanas nosacījumi”, kas ir publicēts Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē, saskaņā ar 2018.gada 28.augustā MK Noteikumiem Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”