

Lynch 和遗传性息肉综合征的风险评估

客户姓名: _____

出生年月: _____

完成日期: _____

说明: 请完成以下表格的信息采集。在每个陈述旁边, 请列出与您的关系和诊断年龄。应考虑亲属范围包括您自身和以下家庭成员:

母亲 父亲 兄弟姐妹 子女 父亲的叔叔/阿姨 母亲的叔叔/阿姨 父母亲亲兄弟姐妹的子女 侄女/侄子 外祖父/外祖母 祖母/祖父

每个项目都应该单独回答, 因此当您回答这些问题时, 可能会多次列出相同的癌症诊断。这是 Lynch 综合征和遗传性息肉综合征的共同特征的筛查工具。可以与您的医疗保健专业人员分享此信息, 以帮助确定您的遗传性癌症风险。

		结肠和子宫癌	自己	家庭成员	确诊时年龄
<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否	50 岁前患结直肠癌			
<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否	50 岁前患子宫(子宫内膜)癌			
<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否	两种或多种 Lynch 综合征癌症*发生在同一人或同一方家庭			

*Lynch 相关癌症包括: 结肠癌、子宫(子宫内膜)癌、胃癌、卵巢癌、胰腺癌、脑癌、小肠癌、肾癌、泌尿道癌、胆道癌和皮脂腺(皮肤腺)癌。

		多发性综合症	自己	家庭成员	确诊时年龄
<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否	10 个或更多(终身)结直肠腺瘤(结肠息肉)			
<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否	您或家中的任何成员是否曾因遗传性癌症风险而接受过检测? 如果有, 请说明: _____			

客户签字: _____ 日期: _____

仅限内部使用	
<input type="checkbox"/> 进一步风险评估和/或基因检测的候选人	<input type="checkbox"/> 患者提供基因检测: <input type="checkbox"/> 接受 <input type="checkbox"/> 拒绝
<input type="checkbox"/> 给予患者复查的信息	医疗保健专业人员的签名 _____
<input type="checkbox"/> 预约后续预约 日期 _____	日期 _____