

**Lynch 综合征与遗传性乳腺癌和卵巢癌综合征的风险评估**

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。这是遗传性乳腺癌和卵巢癌综合征以及 Lynch 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。

|                         |                         | 结肠癌和子宫癌                         | 自己 | 家庭成员 | 确诊时年龄 |
|-------------------------|-------------------------|---------------------------------|----|------|-------|
| <input type="radio"/> 是 | <input type="radio"/> 否 | 50 岁前患子宫 (子宫内膜) 癌症              |    |      |       |
| <input type="radio"/> 是 | <input type="radio"/> 否 | 50 岁前患结直肠癌                      |    |      |       |
| <input type="radio"/> 是 | <input type="radio"/> 否 | 两种或多种 Lynch 综合征癌症*发生在同一个人或同一方家庭 |    |      |       |

\*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。

|                         |                         | 乳腺癌和卵巢癌                                     | 自己 | 家庭成员 | 确诊时年龄 |
|-------------------------|-------------------------|---|----|------|-------|
| <input type="radio"/> 是 | <input type="radio"/> 否 | 50 岁之前患乳腺癌                                  |    |      |       |
| <input type="radio"/> 是 | <input type="radio"/> 否 | 卵巢癌   |    |      |       |
| <input type="radio"/> 是 | <input type="radio"/> 否 | 两个主要且无关的乳腺癌发生在同一人或同一方家庭                     |    |      |       |
| <input type="radio"/> 是 | <input type="radio"/> 否 | 男性乳腺癌                                       |    |      |       |
| <input type="radio"/> 是 | <input type="radio"/> 否 | 三阴性乳腺癌* (ER-, PR-, HER2-病理学)                |    |      |       |
| <input type="radio"/> 是 | <input type="radio"/> 否 | 胰腺癌伴随乳腺癌或卵巢癌发生在同一人或同一方家庭中                   |    |      |       |
| <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: \_\_\_\_\_

|  |  |
|--|--|
| <u>仅限内部使用</u>                            |  |
| <input type="checkbox"/> 进一步风险评估和/或基因检测  | <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 _____   |

\*为了更好地了解三阴性乳腺癌，请咨询您的医疗保健提供者。