

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。

		乳腺癌和卵巢癌	自己	家庭成员	确诊时年龄
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	50 岁以前患乳腺癌			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	卵巢癌			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	两种主要且不相关的乳腺癌发生在同一人或父母某一方的家庭内			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	男性乳腺癌			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	三阴性乳腺癌* (ER-, PR-, HER2-病理学)			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	三种或更多种 HBOC 相关癌症在同一个人或父母某一方的家庭内 HBOC 相关癌症包括乳腺癌 (包括 DCIS), 卵巢癌, 胰腺癌和侵袭性前列腺癌			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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? 如果是, 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。