

遗传性癌症问卷调查

个人信息

患者姓名: _____ 性别: _____ 出生日期: _____ 年龄: _____

说明: 这是针对家庭中癌症的筛查工具。请标记出适用于您和/或您的家人的那些选项, 并请列出您与相关家人的关系和癌症诊断年龄。

您应该考虑自身和一些近亲血亲包括: 你、父母、兄弟姐妹、子女、祖父母、孙子、阿姨、叔叔、侄子侄女、同父异母或同母异父的兄弟姐妹、堂表兄弟姐妹、曾祖父母和曾孙子孙女

您和您的家庭癌症史 (请尽可能详尽和准确)

	癌症	确诊年龄	父母/兄弟姐妹/孩子	确诊年龄	母亲方的相关信息	确诊年龄	父亲方的相关信息	确诊年龄
<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	例: 乳腺癌	45	—	—	姨妈; 表姐	45; 61	奶奶	53
<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	乳腺癌 (女性或男性)							
<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	卵巢癌 (腹膜/输卵管)							
<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	子宫 (子宫内膜癌) 癌症							
<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	大肠癌							
<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	10 个或更多终生结肠直肠息肉 (指定 #)							
<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	其他癌症 (S) (指定癌症类型)							
<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	您是否关注您的个人和/或家族癌症病史?							
<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	您或您家中的任何人是否对遗传性癌症综合征进行了基因检测? (如果有, 请解释/包括结果的副本)							

遗传性癌症的危险信号（填写完整所有相关信息）	
以下任何一项的个人和/或家族史：	
多 癌症发生在家庭的一方亲属：	<input type="radio"/> 2 个或更多：乳腺癌/卵巢癌/前列腺癌/胰腺癌 <input type="radio"/> 2 个或更多：结肠直肠癌/子宫内膜癌/卵巢癌/胃癌/胰腺癌/其他癌症（例如输尿管/肾盂、胆道、小肠、脑、皮脂腺瘤等） <input type="radio"/> 2 个或更多：黑色素瘤/胰腺癌
年轻 50 岁或以下患有右侧任何一项：	<input type="radio"/> 乳腺癌 <input type="radio"/> 结肠直肠癌 <input type="radio"/> 子宫内膜癌
罕见 任何年龄发生的这些罕见表现中的任何一个：	<input type="radio"/> 卵巢癌 <input type="radio"/> 乳腺癌：男性乳腺癌或三阴性乳腺癌 <input type="radio"/> 具有异常 MSI / IHC 或 MSI 相关组织学的结肠直肠癌 ⁺⁺ <input type="radio"/> MSI / IHC 异常的子宫内膜癌 <input type="radio"/> 10 个或更多结直肠息肉*
⁺⁺ 存在肿瘤浸润淋巴细胞，克罗恩样淋巴细胞反应，粘液/印戒细胞分化或髓质生长模式*腺瘤型	

遗传性癌症风险评估审查（与医务人员讨论后完成）	
客户签字：	日期：
仅限内部使用：患者提供遗传性癌症基因检测？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 接受 <input type="checkbox"/> 拒绝 预约后续预约： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 下次预约日期：_____	