

遗传性癌症风险评估的个人和家庭历史问卷

日期	客户姓名	出生年月	年龄
----	------	------	----

为了给客户提供更好的护理，请您认真完成以下个人和家庭癌症史的问卷。

如果您有以下任何癌症的个人或家庭病史，请在下面标明“是”或“否”。如果是，请在相应栏中指明诊断时的家庭关系和年龄。

请列出您父母双方及相关的每个成员的信息：例如父母，子女，兄弟，姐妹，祖父母，阿姨，叔叔等。

个人和家庭史			你	兄弟姐妹/孩子	母亲方的亲属	父亲方的亲属
您或您的家人是否被诊断出患有以下任何一种情况：			年龄	家庭成员年龄	家庭成员年龄	家庭成员年龄
示例：乳腺癌	<input checked="" type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否	年龄 49	姐姐 55 女儿 33	姑姑 #1 67 姑姑 #2 45	奶奶 84
45岁或以前的乳腺癌	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否				
一人患两种或更多种的乳腺癌； 一人在≤50岁时确诊	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否				
2名患有乳腺癌的亲属；一人在 ≤50岁时确诊	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否				
任何年龄发病的卵巢癌	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否				
三阴性乳腺癌，患病年龄在 60 岁或以下	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否				
一方亲属中有 3 种或更多种这 些癌症：胰腺癌、乳腺癌或侵袭 性前列腺癌	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否				
男性患有乳腺癌	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否				
一名患有乳腺癌、卵巢癌、胰腺 癌或侵袭性前列腺癌的亲属	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否				
一生中 发现 10 个或更多的癌前 结肠息肉的亲属，总数_____	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否				
50岁前患上结肠直肠癌或子宫(子 宫内膜)癌	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否				
家中的两个人(包括自己)：至 少有 1 人患有结肠直肠癌或子 宫(子宫内膜)癌，同时有 1 人 在 50 岁之前被诊断为 Lynch 相 关的癌症	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否				
三个或更多个体(包括自己)在 任何年龄都患有 Lynch 相关的 癌症，其中至少有 1 人患结肠直 肠癌或子宫(子宫内膜)癌	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否				

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。

您或家人是否接受过 BRCA、Lynch 或息肉病变异的基因检测？	○是	○否	如果是，请说明是何人何时何地进行了检测： _____
-----------------------------------	----	----	-------------------------------

资料仅限 内部使用	<ul style="list-style-type: none"> • 建议进行基因检测？ ○是○否 • 如果是，哪个检测？ _____ • 提供推荐理由： _____ • 客户接受当天的基因检测： ○是○否 • 建议客户安排后续预约： ○是○否 	
	公司盖章	日期