

Obrazac za registraciju i pristanak

VAŽNO – Molimo pročitajte niže navedena uputstva

Popunjeni obrazac donesite na zakazano snimanje.

Pišite ŠTAMPANIM SLOVIMA ili potpišite se.

Provjerite unaprijed popunjene podatke i po potrebi ispravite. Na primjer Da Ne

BreastScreen
Victoria

Dole navedeni podaci mogu se koristiti da Vas kontaktiramo i ostavimo Vam poruku u kojoj ćemo se mi predstaviti kao BreastScreen Victoria

Gđa Gđica Gđa Drugo _____ Datum rođenja / /

Prezime _____ Mobitel _____

Imena _____ Kuća _____

Djevojačko prezime _____ Posao _____

E-mail _____

Kućna adresa _____

Poštanska adresa _____

1 Zemlja rođenja

2 Govorite li kod kuće neki drugi jezik, a ne engleski? Da Ne (Ako je odgovor Ne, pređite na 3. pitanje)

Ako je odgovor **Da**, koji jezik uglavnom govorite kod kuće?

3 Jeste li porijeklom Aboridžin ili otočanin Toresovog prolaza? Da Ne (Ako je odgovor Ne, pređite na 4. pitanje)

Ako je odgovor **Da**, da li ste Aboridžin otočanin Toresovog prolaza i Aboridžin i otočanin Toresovog prolaza

4 Nalazi snimanja dojki će biti poslani Vama. Ako želite da nalaze pošaljemo i Vašem ljekaru/ljekarima ili specijalisti za dojke, molimo navedite ispod njihove podatke.

Ljekar _____	Ljekar _____
Naziv klinike _____	Naziv klinike _____
_____	_____
Adresa _____	Adresa _____
_____	_____
_____ Poštanski broj _____	_____ Poštanski broj _____
Broj telefona _____	Broj telefona _____

BreastScreen Victoria ne vrši snimanje dojki trudnicama i ženama koje doje.

Preporučujemo da prije snimanja dojki pričekate tri mjeseca nakon prestanka dojenja.

5 Jeste li trudna ili postoji li mogućnost da ste trudna? Da Ne

6 Dojite li? Da Ne

7 Uzimate li trenutno hormonsku nadomjesnu terapiju (HRT)? Da Ne (Ako je odgovor Ne, pređite na 8. pitanje)

Ako je odgovor **Da**, da li ste HRT počeli uzimati nakon zadnje mamografije? Da Ne

8 Da li ste zadnju mamografiju uradili izvan programa BreastScreen Victoria? Da Ne (Ako je odgovor Ne, pređite na 9. pitanje)

Ako je odgovor **Da**, navedite mjesto i datum (mjesec i godinu), dovoljno je navesti približno vrijeme snimanja.

Mjesto Datum /

9 Je li nekom od Vaših članova porodice (krvnih srodnika) ikada postavljena dijagnoza raka DOJKE?

UKLJUČITE samo; **majku, oca, sestru, brata, kćerku, sina, tetu, ujaka/strica, polusestru, polubrata, baku, djeda, nećaka ili nećakinju.**

Da **Ne** **Ne znam**

Ako je odgovor **Da**, molimo popunite sljedeću tabelu:

Član porodice (Na primjer MAJKA)	S koliko godina mu/joj je otkriven rak (Ako niste sigurni, napišite približno)	Gdje je pronađen rak			Sa čije strane porodice	
		U jednoj dojci	U obje dojke	Nije poznato	S majčine strane	S očeve strane
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. i 11. pitanje se odnosi SAMO na rak jajnika, a NE na druge vrste abdominalnog raka ili rak grlića maternice ili rak maternice.

10 Da li je nekom od Vaših krvnih srodnika ikada postavljena dijagnoza raka jajnika? **Da** **Ne** **Ne znam**

SAMO uključite **majku, sestru, kćerku, tetu, polusestru, baku** ili **nećakinju.**

Ako je odgovor **Da**, molimo popunite sljedeću tabelu:

Član porodice	S majčine strane	S očeve strane
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 Jeste li imali rak jajnika? **Da** **Ne**

12 Jeste li imali rak dojke ili DCIS (prekancerozno stanje)?

Ako je odgovor **Da**, da li je liječenje bilo

Poštedna operacija dojke (odstranjenje kvrge)

Mastektomija (odstranjenje dojke)

Drugo, navedite šta

Da **Ne** (Ako je odgovor Ne, pređite na 13. pitanje)

Koja dojka? Desna Lijeva

Koje godine vam je postavljena dijagnoza?

G G G G

13 Jeste li imali operaciju na dojki (osim implantata)? **Da** **Ne** **Desna** **Lijeva**

Ako je odgovor **Da**, U zadnje dvije godine Prije više od dvije godine

Ako je bilo prije više od dvije godine, otprilike koje godine?

G G G G

BreastScreen je program za zdrave žene BEZ simptoma u dojka.
Ako imate neki simptom, otidite kod ljekara PRIJE nego što dođete u BreastScreen.

14 Imate li SADA kvrgu/kvrge u dojki koje možete napipati? **Da** **Ne** (Ako je odgovor Ne, pređite na 15. pitanje)

Ako je odgovor **Da**, u kojoj dojci je kvrga?

Da li je kvrga prisutna manje od 12 mjeseci?

Je li vaš ljekar pregledao tu kvrgu?

Desna Lijeva
 Da Ne
 Da Ne

15 Imate li SADA sukrvicu ili vodeni iscjedak iz bradavice? **Da** **Ne** (Ako je odgovor Ne, pređite na 16. pitanje)

Ako je odgovor **Da**, ima li u iscjetku sukrvice ili je on proziran/vodnjikav?

Koja dojka ima iscjedak iz bradavice?

Imate li iscjedak iz bradavice manje od 12 mjeseci?

Je li Vaš ljekar pregledao iscjedak iz bradavice?

Sukrvice Proziran/vodnjikav
 Desna Lijeva
 Da Ne
 Da Ne

16 Imate li SADA još neke simptome u dojka? **Da** **Ne** **Desna** **Lijeva** (Ako je odgovor Ne, pređite na 17. pitanje)

(Ako je odgovor Ne, pređite na 17. pitanje) Ako je odgovor **Da**, navedite detalje

17 Dajete li pristanak BreastScreen Victoria da pribavi ili prosljedi Vaše snimke dojki ili dokumentaciju vezanu uz njih radi poređenja i pružanja potrebne njege, kao što je opisano u Informativnom listu službe BreastVictoria? **Da** **Ne**

Svojim potpisom potvrđujem da sam pročitala i razumjela informacije u *Informativnom listu službe BreastVictoria*.
Potvrđujem da su podaci na ovom obrascu tačni. Pristajem da učestvujem u programu BreastScreen.
Poznato mi je da mogu postavljati pitanja, prekinuti mamografiju ili se u bilo kojem trenutku povući iz ovog programa.

Potpis

Datum

/ /

D D M M G G G G

Ime