

登记表 & 同意书

重要事项——请阅读以下说明

赴约参加筛查时请随身携带此表。

请使用**大写字母**书写或 并签字。

请检查预先填好的信息并在需要更新处进行更新。例如： 是 否

BreastScreen
Victoria

请在下面提供详细信息，以便我们可以用来联系您，并以 BreastScreen Victoria 的身份给您留言。

<input type="checkbox"/> 夫人	<input type="checkbox"/> 小姐	<input type="checkbox"/> 女士	<input type="checkbox"/> 其他 _____	出生日期	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
					日 日 月 月 年 年 年 年
姓 _____				手机号码 _____	
名 _____				住宅电话 _____	
原姓 _____				工作单位电话 _____	
电子邮件 _____					
家庭住址 _____					
邮寄地址 _____					

1 出生国家

2 您在家会说除英语以外的另外一种语言吗？

会 不会 (如果不会, 请转至第 3 题作答)

如果**会**, 请问您在家主要说何种语言?

3 您是原住民或托雷斯海峡岛民出身吗？

是 不是 (如果不是, 请转至第 4 题作答)

如果**是**, 那么您是 原住民 托雷斯海峡岛民 原住民和托雷斯海峡岛民

4 我们将把您的乳腺筛查结果寄给您。如果您希望我们另寄一份筛查结果给您的医生(们)或乳腺专科医生, 请在下面提供他们的详细信息。

医生 _____
诊所名 _____

地址 _____

_____ 邮编 _____
电话号码 _____

医生 _____
诊所名 _____

地址 _____

_____ 邮编 _____
电话号码 _____

BreastScreen Victoria 不筛查怀孕的或正在哺乳的妇女。

我们建议您等到停止母乳喂养三个月之后再行进行乳腺筛查。

5 您是否已经、或可能怀孕了吗？

是 不是

6 您正在哺乳吗？

是 不是

7 您目前是否正在接受激素替代疗法 (HRT)？

是 不是 (如果不是, 请转至第 8 题作答)

如果**是**, 请问您是在上一次乳腺 x 光检查之后开始接受 HRT 的吗？

是 不是

8 您上一次乳腺 x 光检查是在 BreastScreen Victoria 以外的机构进行的吗？

是 不是 (如果不是, 请转至第 9 题作答)

如果**是**, 请提供地点和日期 (月份和年份), 大概情况即可。

地点

日期

/ /

月 月 年 年 年 年

9 您是否有任何与您有血缘关系的亲属被诊断过患有乳腺癌？

仅限于：母亲、父亲、姐妹、兄弟、女儿、儿子、姨妈 / 姑妈 / 小姨 / 姑姑、叔叔 / 伯伯 / 舅舅、同父异母或同母异父姐妹、同父异母或同母异父兄弟、祖母 / 外祖母、祖父 / 外祖父、外甥女 / 侄女或外甥 / 侄子。

有 没有 不知道

如果有，请填写下表：

家庭成员 (例如：母亲)	发现患癌的年龄 (如不确定，请写下大概时间)	发现患癌的部位			父 / 母亲家族	
		一边乳房	两边乳房	不知道	母亲家族	父亲家族
_____	_____	<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"/>

第 10 和 11 题仅指卵巢癌；而非其他腹部、子宫颈或子宫癌。

10 您是否有任何与您有血缘关系的亲属被诊断过患有卵巢癌？

有 没有 不知道

仅限于：母亲、姐妹、女儿、姨妈 / 姑妈 / 小姨 / 姑姑、同父异母或同母异父姐妹、祖母 / 外祖母、外甥女 / 侄女或外甥 / 侄子。

如果有，请填写下表：

家庭成员	母亲家族	父亲家族
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 您过去患过卵巢癌吗？

有 没有

12 您过去患过乳腺癌或 DCIS (癌前期) 吗？

有 没有 (如果没有，请转至第 13 题作答)

如果有，那么您当时的乳房治疗方式是 哪一边乳房 (双乳房)？ 右乳 左乳

保留乳房手术 (摘除肿块)

乳房切除术 (切除乳房)

其他，请说明 _____

您是在哪一年被确诊的？

年 年 年 年

13 您以前做过乳房手术吗 (不包括隆胸)？

有 没有 右乳 左乳

如果有， 在过去两年里 两年多以前

如果超过两年时间，大概是在哪一年？

年 年 年 年

BreastScreen 是针对没有乳腺癌症状的健康妇女的检查项目。

如果您有症状，请在参加 BreastScreen 之前先去看医生。

14 现在您能摸到乳房肿块吗？

有 没有 (如果没有，请转至第 15 题作答)

如果能，肿块在哪一边的乳房？

右乳 左乳

肿块存在时间是否不到 12 个月？

是 不是

您的医生是否已检查过肿块？

是 不是

15 现在您有带血丝或水样的乳头渗液吗？

有 没有 (如果没有，请转至第 16 题作答)

如果有，乳头渗液是否带血或透明 / 水样？

带血 透明 / 水样

哪一边的乳房有乳头渗液？

右乳 左乳

乳头渗液存在时间是否不到 12 个月？

是 不是

您的医生是否已检查过乳头渗液？

是 不是

16 现在您还有其它乳腺癌症状吗？

有 没有 右乳 左乳

(如果没有，请转至第 17 题作答) 如果有，请写明 _____

17 您是否同意 BreastScreen Victoria 获取并共享您的乳腺图像及相关资料，以便按照 BreastScreen Victoria 信息说明表进行比较以及安排对您的护理？

有 没有

本表格一经签署，即表明本人确认已阅读并理解 BreastScreen Victoria 信息说明表中的内容。

本人确认本表格中的信息正确。本人同意参加 BreastScreen 计划。

本人明白本人可以提出问题，停止筛查性乳房 X 光检查或随时退出计划。

签名 x _____

日期

/ /
日 日 月 月 年 年 年 年

姓名 _____