

登記及同意書

重要事項 - 請閱讀以下說明

當您去接受乳腺篩查時，請記得先將此表格填好並一起帶去。

使用大寫或 和符號。

請檢查預先填好的資料，並根據需要而修改。例如： 是 不是

BreastScreen
Victoria

以下提供的個人資料可能會用於與您聯繫，並留下一個信息說明我們是 BreastScreen Victoria

<input type="checkbox"/> 太太	<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"/>
姓 _____				手機號碼	_____
名字 _____				住家電話號碼	_____
出生時的姓氏 _____				工作電話號碼	_____
電子郵件 _____					
家庭地址 _____					
郵寄地址 _____					

1 出生國家

2 您在家裡除了說英語之外，還說其他語言嗎？

是 不是 (如果不是，請轉到第 3 個問題)

如果是，那麼您在家裡說的主要語言是什麼？

3 您是澳洲土著還是托雷斯海峽島原住民？

是 不是 (如果不是，請轉到第 4 個問題)

如果是，您是 澳洲土著 托雷斯海峽島原住民 澳洲土著和托雷斯海峽島原住民

4 您的乳腺篩查的結果將會寄給您。如果您還希望將一份寄給給您的醫生或乳房專科醫生的話，請在下面提供他們的詳細資料。

醫生 _____ 診所名稱 _____ _____ 地址 _____ _____ _____ 郵政編碼 _____ 電話號碼 _____	醫生 _____ 診所名稱 _____ _____ 地址 _____ _____ _____ 郵政編碼 _____ 電話號碼 _____
--	--

BreastScreen Victoria 不篩查正在懷孕或還餵孩子喝母乳的婦女。

我們建議您等到停止母乳餵養三個月之後 (就是斷乳)，才接受乳腺篩查 (照乳)。

5 你是否懷孕還是有可能懷孕了？

是 不是

6 你還餵孩子喝母乳嗎？

是 不是

7 您目前是否使用雌激素 (荷爾蒙) 替代療法 (HRT)？

是 不是 (如果不是，請轉到第 8 個問題)

如果是，您是否在最後一次接受完乳房X光檢查後開始使用 HRT？

是 不是

8 您最後一次接受乳房X光檢查是不是在 BreastScreen Victoria 之外地方做的？ 是 不是 (如果不是，請轉到第 9 個問題)

如果是，請提供地點和日期 (月和年)，大約估計也可以。

地點

日期 / /

月 月 年 年 年 年

9 您的家庭成員中（血緣親屬），有誰曾被診斷（驗出）患了乳腺癌嗎？

只限於：母親，父親，姐妹，兄弟，女兒，兒子，阿姨，姑媽，叔叔，伯伯，同母異父兄弟姐妹，或同父異母兄弟姐妹，祖母，祖父，侄女，侄子，外甥女，外甥男。

是 不是 不知道

如果是，請填寫以下空格：

家庭成員 (例如母親)	癌症在幾歲時發現的 (如果不確定，請估計)	乳腺癌發現的地方			家庭的哪一邊	
		一個乳房	兩個乳房	不知道	母親那一邊	父親那一邊
_____	_____	<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 問題僅指卵巢癌，不是其他腹部，子宮頸或子宮癌。

10 您的血緣親屬中有誰曾被診斷出患了卵巢癌嗎？

是 不是 不知道

只限於：母親，姐妹，女兒，阿姨，姑媽，同母異父姐妹，或同父異母姐妹，祖母，侄女，外甥女。

如果是，請填寫以下空格：

家庭成員	母親那一邊	父親那一邊
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 您以前患過卵巢癌嗎？

是 不是

12 您過去患過乳腺癌或 DCIS (癌前期) 嗎？

是 不是 (如果不是，請轉到 13 個問題)

如果是，您的乳房是用那一個方法治療的

哪個乳房？ 右邊 左邊

保乳手術 (不切除乳房，只去除腫塊)

乳房切除術 (去除乳房)

在哪一年被診斷出？ 年 年 年 年

其他，請註明 _____

13 您以前曾經動過乳房手術 (不包括隆胸) 嗎？

是 不是 右邊 左邊

如果是 在過去兩年 兩年多前 如果超過兩年以上，大概是在那一年？

年 年 年 年

乳癌篩查服務是一個為沒有乳房異樣症狀的婦女所提供的。如果您有異樣症狀的話，請在接受乳癌篩查之前先去看醫生。

14 您的乳房有無腫塊是可以您感覺到的嗎？

是 不是 (如果不是，請轉到第 15 問題)

如果是，那麼腫塊是在哪個乳房？

右邊 左邊

這個腫塊是否存在了不到 12 個月？

是 不是

您的醫生檢查了這個腫塊嗎？

是 不是

15 您的乳頭現在有血跡或像水一樣的分泌液體出來嗎？

是 不是 (如果不是，請轉到第 16 問題)

如果是，乳頭是否分泌血跡或清澈/像水一樣的液體？

血跡 清澈/像水一樣

哪個乳房的乳頭會出血？

右邊 左邊

乳頭出血的存在情況是否不到 12 個月？

是 不是

您的醫生檢查了乳頭分泌物嗎？

是 不是

16 您現在還有其他乳房異樣症狀嗎？

是 不是 右邊 左邊

(如果不是，請轉到第 17 個問題) 如果是，請說明 _____

17 您是否同意 BreastScreen Victoria 取得或分享您的乳房圖像和相關文件，用於以後作比較和更好地照顧您，如 BreastScreen Victoria 的資料單張裡所說的一樣？

是 不是

通過以下簽名我確認我已閱讀並理解 BreastScreen Victoria 資料單張裡所說的一切。

我承認此表格上的資料是正確的。我同意參與 BreastScreen 計劃。

我明白我可以在任何時間提出問題，停止乳房X光篩查或退出這個計劃。

簽名

日期

/ /
日 日 月 月 年 年 年 年

名字 _____