

# 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"/>				

**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 \_\_\_\_\_