

Формулар за пријавување и согласност

ВАЖНО – Ве молиме, прочитајте ги упатствата подолу

Ве молиме, донесете пополнет примерок од овој формулар на закажаната проверка на дојките.

Пишувајте со ПЕЧАТНИ БУКВИ или означувајте ги квадратчињата со и потпишете се.

Ве молиме, проверете ги веќе пополнетите податоци и ако е потребно, обновете ги. На пример: Да Не

BreastScreen
Victoria

Податоците што ќе ги доставите подолу може да се користат за да ве контактираме и да ви оставиме порака при што ќе кажеме дека сме од BreastScreen Victoria

<input type="checkbox"/> Г-ѓа	<input type="checkbox"/> Г-ѓица	<input type="checkbox"/> Друго _____	Датум на раѓање	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Презиме _____			Мобилен телефон _____	
Име _____			Домашен телефон _____	
Моминско презиме _____			Телефон на работа _____	
Електронска пошта _____				
Домашна адреса _____				
Поштенска адреса _____				

1 Земја на раѓање

2 Дали дома зборувате некој друг јазик освен англискиот? Да Не (Ако одговорот е 'Не', преминете на Прашање бр.3)

Ако одговорот е 'Да', кој е главниот јазик што го зборувате дома?

3 Дали сте Абориџинка или по потекло од островите во Torres Strait? Да Не (Ако одговорот е 'Не', преминете на Прашање бр.4)

Ако одговорот е 'Да', дали сте Абориџинка Од островите во Torres Strait Абориџинка и од островите во Torres Strait

4 Ќе ви ги испратат резултатите од проверката на вашите дојки по пошта. Ако сакате да му/им испратиме копија од резултатите на вашиот/вашите доктор/доктори или специјалистот за дојки, ве молиме доставете ги податоците подолу.

Доктор _____ Име на клиниката _____ _____ Адреса _____ _____ _____ Поштенски број _____ Телефонски број _____	Доктор _____ Име на клиниката _____ _____ Адреса _____ _____ _____ Поштенски број _____ Телефонски број _____
---	---

BreastScreen Victoria не прави рендгенски снимки на бремени жени или доилки.

Ви препорачуваме да ги снимате дојките после три месеци откако ќе престаните со доењето.

5 Дали сте бремени, или можеби сте бремени? Да Не

6 Дали сте доилка? Да Не

7 Дали моментно користите терапија за замена на хормони (HRT-терапија) Да Не (Ако одговорот е 'Не', преминете на Прашање бр.8)

Ако одговорот е 'Да', дали сте почнале да користите HRT-терапија откако го направивте последниот мамограм? Да Не

8 Дали сте го направиле последниот мамограм во клиника која не вклучена во програмата BreastScreen Victoria? Да Не

(Ако одговорот е 'Не', преминете на Прашање бр.9)

Ако одговорот е 'Да', доставете го местото и датумот (месец и година) на вашиот последен мамограм (може и приближно)

Место

Датум

 /

М М Г Г Г Г

9 Дали некој член од семејството (крвен сродник) некогаш имал рак на DOJKATA?

Вклучете **САМО**: Мајка, татко, сестра, брат, ќерка, син, тетка/вуйна, тетин/вуйко, полусестра, полубрат, баба, дедо, внука или внук.

Да Не Не знам

Ако одговорот е 'Да', ве молиме пополнете ја следната табела:

Член од семејството (На пример, МАЈКА)	Возраст на која е откриен ракот (Ако не сте сигурни, ве молиме, наведете кога приближно)	Каде е откриен рак на дојката			Страна од семејството	
		На една дојка	На двете дојки	Не знам	Од страна на мајката	Од страна на таткото
_____	_____	<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"/>

Прашањата 10 и 11 се однесуваат САМО на рак на јајниците, НЕ некој друг вид на рак, на пример, рак на стомакот, рак на грлото на матката или рак на матката.

10 Дали некој од вашите крвни сродници некогаш имал рак на јајниците?

Да Не Не знам

Вклучете **САМО**: Мајка, сестра, ќерка, полусестра, баба или внука.

Ако одговорот е 'Да', ве молиме пополнете ја следната табела:

Член од семејството	Од страна на мајката	Од страна на таткото
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 Дали сте имале рак на јајниците во минатото?

Да Не

12 Дали сте имале рак на дојката или DCIS (нулти степен на рак –локализиран карцином) во минатото?

Да Не (Ако одговорот е 'Не', преминете на Прашање бр.13)

Ако одговорот е 'Да', дали ракот на дојката бил лекуван со

Операција за зачувување на дојката (отстранување на грутка)

Мастектомија (хируршко отстранување на дојка)

На друг начин, ве молиме наведете поединости _____

На која дојка(дојки)? Лева Десна

Во која година бил откриен ракот?

13 Дали претходно сте имале операција на било која дојка (исклучувајќи операција за вметнување на синтетички импланти)?

Да Не Лева Десна Ако одговорот е 'Да', Во последните две години Пред повеќе од две години Ако операцијата била извршена пред повеќе од две години, наведете приближно во која година?

BreastScreen е програма наменета за жени кои се здрави БЕЗ симптоми на рак на дојката. Ако имате било каков симптом, ве молиме посетете го вашиот доктор ПРЕД да дојдете во BreastScreen.

14 Дали имате грутка (грутки) во дојките што можете СЕГА да ги почувствувате?

Да Не (Ако одговорот е 'Не', преминете на Прашање бр.15)

Ако одговорот е 'Да', во која дојка се наоѓа грутката?

Дали грутката е присутна помалку од 12 месеци?

Дали вашиот доктор ја прегледал грутката?

Лева Десна
 Да Не
 Да Не

15 Дали имате крвав или воденикав исцедок од брадавицата СЕГА?

Да Не (Ако одговорот е 'Не', преминете на Прашање бр.16)

Ако одговорот е 'Да', дали исцедокот од брадавицата е крвав или безбоен/воденикав?

Од која дојка имате исцедок?

Дали исцедокот од брадавицата е присутен помалку од 12 месеци?

Дали вашиот доктор го испитал исцедокот од брадавицата?

Крвав Безбоен/воденикав
 Десна Лева
 Да Не
 Да Не

16 Дали СЕГА имате некои други симптоми на дојките?

Да Не Десна Лева

(Ако одговорот е 'Не', преминете на Прашање бр.17) Ако одговорот е 'Да', наведете прецизно _____

17 Дали се согласувате BreastScreen Victoria да ги зема вашите претходни рендгенски снимки на дојките и соодветните извештаи за да може да ги споредува резултатите и да грижи за вас како што е наведено во Информативниот лист на BreastScreen Victoria?

Да Не

Со мојот потпис подолу потврдувам дека ги прочитав и разбираам информациите во Информативниот лист на BreastScreen Victoria.
Потврдувам дека податоците во овој формулар се точни. Се согласувам да учествувам во програмата BreastScreen.
Разбирам дека можам да поставувам прашања, да го прекинам рендгенското снимање на дојките или да се повлечам од програмата во секое време.

Потпис Датум / /

Име _____