

# Формулар за регистрацију и пристанак

**ВАЖНО** – Молимо вас да прочитате доња упутства

Молимо вас да донесете попуњени примерак овог формулара на заказано снимање.

Пишите ШТАМПАНИМ СЛОВИМА или  и потпишите (се).

Молимо вас да проверите да ли су унапред уписани подаци тачни и да их исправите,

ако је потребно. На пример:  Да  Не

BreastScreen  
Victoria

**Доле наведене податке можемо да употребимо за успостављање контакта са вама и да вам оставимо поруку при чему ћемо се представити као BreastScreen Victoria**

<input type="checkbox"/> Госпођа	<input type="checkbox"/> Госпођица	<input type="checkbox"/> Друго _____	Датум рођења	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Д	Д	М	М	Г	Г	Г
Презиме _____			Мобилни _____						
Име _____			Кућа _____						
Девојачко презиме _____			Посао _____						
Електронска пошта _____									
Кућна адреса _____									
Адреса за слање поште _____									

**1 Земља рођења**

**2 Да ли код куће говорите неки други језик осим енглеског?**

 Да

 Не

(Ако сте одговорили са Не, пређите на 3. питање)

Ако сте одговорили са **Да**, који језик углавном говорите код куће?

**3 Да ли сте пореклом Аборицин или Острвљанин Торесовог пролаза?**

 Да

 Не

(Ако сте одговорили са Не, пређите на 4. питање)

Ако сте одговорили са **Да**, да ли сте  Аборицин  Острвљанин Торесовог пролаза  И Аборицин и Острвљанин Торесовог пролаза

**4 Резултате снимања дојки ћемо послати вама. Ако желите да копију резултата пошаљемо и вашем лекару (лекарима) и/или специјалисти (за дојке), молимо вас да доле наведете њихове податке.**

Лекар _____
Назив клинике _____
_____
Адреса _____
_____
_____ Поштански број _____
Број телефона _____

Лекар _____
Назив клинике _____
_____
Адреса _____
_____
_____ Поштански број _____
Број телефона _____

BreastScreen Victoria не врши снимање жена које су у другом стању или које доје.

Препоручујемо да по престанку дојења сачекате три месеца пре снимања дојки.

**5 Да ли сте у другом стању или да ли је могуће да сте у другом стању?**

 Да

 Не

**6 Да ли дојите?**

 Да

 Не

**7 Да ли тренутно узимате терапију за замену хормона (HRT)?**

 Да

 Не

(Ако сте одговорили са Не, пређите на 8. питање)

Ако сте одговорили са **Да**, да ли сте терапију за замену хормона

почели да узимате након последњег мамограма?

 Да

 Не

**8 Да ли је ваш последњи мамограм рађен ван програма**

**BreastScreen Victoria?**

 Да

 Не

(Ако сте одговорили са Не, пређите на 9. питање)

Ако сте одговорили са **Да**, молимо вас да наведете место и датум (месец и годину). Довољно је да наведете приближно време снимања.

Место

Датум

М М / Г Г Г Г

**9 Да ли је код неког од ваших чланова породице (крвних сродника) икад била постављена дијагноза рака ДОЈКЕ?**

Молимо вас да наведете **само** следеће сроднике; **Мајка, отац, сестра, брат, ћерка, син, тетка,**

**ујак/стриц, полу-сестра, полу-брат, бака, деда, нећака или нећак.**

Да  Не  Не знам

Ако сте одговорили са **Да**, молимо вас да попуните следећу табелу:

Члан породице (На пример са МАЈЧИНЕ стране)	Колико је имао/имала година када се пронашао рак (Ако нисте сигурни, напишите приближно шта мислите)	Где се пронашао рак дојке			Са чије стране породице	
		У једној дојци	У обе дојке	Није (ми) познато	Са мајчине стране	Са очеве стране
_____	_____	<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. и 11. питање се односи САМО на рак јајника; а НЕ на друге врсте абдоминалног рака или рак грлића материце или рак материце.**

**10 Да ли је код неког од ваших крвних сродника икада била постављена дијагноза рака јајника?**

Да  Не  Не знам

Молимо вас да наведете **само** следеће сроднике;

**Мајка, сестра, ћерка, тетка, полу-сестра, бака или нећака.**

Ако сте одговорили са **Да**, молимо вас да попуните следећу табелу:

Члан породице	Са мајчине стране	Са очеве стране
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11 Да ли сте у прошлости имали рак јајника?**

Да  Не

**12 Да ли сте у прошлости имали рак дојке или DCIS (преканцерозна фаза)?**

Да  Не (Ако сте одговорили са Не, пређите на 13. питање)

Ако сте одговорили са **Да**, којем од следећих третмана сте били подвргнути

У којој дојци (или у обе дојке)?  У десној  У левој

Операција за очување дојке (одстрањење кврге)

Мастектомија (одстрањење дојке)

Које године је постављена дијагноза?

Друго, наведите шта \_\_\_\_\_

**13 Да ли сте некада оперисали једну или другу дојку (осим имплантата)?**

Да  Не  Десну  Лево

Ако сте одговорили са **Да**,  У последње две године  Пре више од две године

Ако је то било пре више од две године, отприлике које године?

**BreastScreen је програм за здраве жене које НЕМАЈУ симптоме у дојкама.**

**Ако имате симптоме, молимо вас да одете код лекара ПРЕ него што дођете у BreastScreen.**

**14 Да ли САДА можете да напипате квргу/кврге у дојкама?**

Да  Не (Ако сте одговорили са Не, пређите на 15. питање)

Ако сте одговорили са **Да**, у којој дојци је кврга?

У десној  У левој

Да ли је кврга присутна мање од 12 месеци?

Да  Не

Да ли је ваш лекар прегледао квргу?

Да  Не

**15 Да ли САДА имате крвав или воден исцедак из брадавице?**

Да  Не (Ако сте одговорили са Не, пређите на 16. питање)

Ако сте одговорили са **Да**, да ли је исцедак крвав или бистар/воден?

Крвав  Бистар/воден

У којој дојци се појављује исцедак из брадавице?

У десној  У левој

Да ли исцедак из брадавице имате мање од 12 месеци?

Да  Не

Да ли је ваш лекар прегледао исцедак из брадавице?

Да  Не

**16 Да ли САДА имате неке друге симптоме у дојкама?**

Да  Не  У десној  У левој

(Ако сте одговорили са Не, пређите на 17. питање)

Ако сте одговорили са **Да**, молимо вас да наведете детаље \_\_\_\_\_

**17 Да ли дајете сагласност BreastScreen Victoria да прибави или проследи ваше претходне снимке дојки и са њима повезану документацију у сврху поређења и пружања неге које вам је потребна, као што је описано у Информативном листу службе BreastScreen Victoria ?**

Да  Не

Својим потписом потврђујем да сам прочитала и разумела Информативни лист службе BreastScreen Victoria.

Потврђујем да су подаци у овом формулару тачни. Пристајем на учешће у програму BreastScreen.

Разумем да било кад могу да постављам питања, прекинем мамограм или се повучем из програма.

Потпис

Датум   /   /

Име \_\_\_\_\_