

Mẫu -giấy Ghi danh & Đồng ý

QUAN TRỌNG – Xin vui lòng xem phần hướng dẫn dưới đây

Xin mang theo mẫu giấy đã điền đầy đủ khi quý vị đến buổi hẹn chụp quang tuyến.

Viết bằng CHỮ IN hoặc đánh dấu và ký tên.

Xin quý vị kiểm lại những chi tiết đã được điền sẵn và cập nhật nếu cần. Ví dụ như: **Đúng** **Không**

BreastScreen
Victoria

Những chi tiết quý vị cung cấp dưới đây có thể được dùng để liên lạc với quý vị và để lại tin nhắn cho biết BreastScreen Victoria liên lạc với quý vị

<input type="checkbox"/> Bà	<input type="checkbox"/> Cô	<input type="checkbox"/> Danh xưng khác _____	Ngày tháng năm sinh	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				N	N	T	T	N	N
Họ _____			Điện thoại di động _____						
Tên _____			Điện thoại nhà _____						
Họ trong khai sinh _____			Điện thoại chỗ làm _____						
Điện thư (Email) _____									
Địa chỉ nhà _____									
Hộp thư bưu điện _____									

1 Sinh tại quốc gia

2 Ngoài tiếng Anh, ở nhà quý vị có nói ngôn ngữ nào khác nữa không?

 Có
 Không

(Nếu Không, sang câu hỏi số 3)

Nếu **Có**, ngôn ngữ chính quý vị nói ở nhà là?

3 Quý vị có phải người gốc Thổ dân hay Đảo Torres Strait không?

 Phải
 Không

(Nếu Không, sang câu hỏi số 4)

Nếu **Phải**, quý vị là người Thổ dân Đảo Torres Strait Thổ dân và Đảo Torres Strait

4 Chúng tôi sẽ gửi các kết quả chụp quang tuyến vú cho quý vị. Nếu quý vị cũng muốn gửi bản sao cho bác sĩ (các bác sĩ) hoặc bác sĩ chuyên khoa vú của quý vị thì xin vui lòng cho biết chi tiết của bác sĩ dưới đây.

Bác sĩ _____
Tên phòng mạch _____

Địa chỉ _____

_____ Mã vùng _____
Số điện thoại _____

Bác sĩ _____
Tên phòng mạch _____

Địa chỉ _____

_____ Mã vùng _____
Số điện thoại _____

BreastScreen Victoria không chụp quang tuyến cho phụ nữ đang mang thai hoặc đang cho con bú sữa mẹ.

Chúng tôi đề nghị quý vị chờ ba tháng sau khi ngưng cho con bú sữa mẹ rồi hãy đi chụp quang tuyến.

5 Quý vị hiện đang, hoặc nghĩ là có thể, có thai?

 Có
 Không

6 Hiện quý vị có cho con bú sữa mẹ không?

 Có
 Không

7 Hiện thời quý vị có sử dụng Liệu pháp Thay thế Hóc-mon không (HRT)

 Có
 Không

(Nếu Không, sang câu hỏi số 8)

Nếu **Có**, có phải quý vị bắt đầu sử dụng HRT sau lần chụp nhũ ảnh sau cùng?

 Có
 Không

8 Phải lần chụp nhũ ảnh sau cùng của quý vị không thuộc chương trình BreastScreen không?

 Phải
 Không

(Nếu Không, sang câu hỏi số 9)

Nếu **Phải**, xin cho biết địa điểm và ngày chụp (tháng & năm), phòng chừng cũng được.

Địa điểm

Ngày

T T N N N N

9 Quý vị có thân nhân (ruột thịt) nào từng bị chẩn đoán ung thư vú không?

Chỉ Bao gồm; **Mẹ, cha, chị/em gái, anh/em trai, con gái, con trai, cô/dì, chú/cậu, anh/chị/em cùng cha khác mẹ hoặc cùng mẹ khác cha, bà, ông, cháu gái hoặc cháu trai**

Có Không Không rõ

Nếu **Có**, xin điền vào bảng dưới đây:

Thân nhân (Ví dụ như bên NGOẠI)	Tuổi khi bị chẩn đoán ung thư (Nếu không rõ, xin phỏng chừng)	Phát hiện ra ung thư vú ở đâu			Thân nhân bên nào	
		Một bên vú	Cả hai	Không rõ	Bên Ngoại	Bên Nội
		<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"/>

Câu hỏi số 10 và 11 CHỈ nói đến ung thư buồng trứng, KHÔNG nói đến các loại ung thư ở vùng bụng, ung thư cổ tử cung hoặc ung thư tử cung.

10 Quý vị có thân nhân ruột thịt nào từng bị chẩn đoán ung thư buồng trứng không? Có Không Không rõ

Chỉ Bao gồm; **Mẹ, chị/em gái, con gái, cô/dì, chị/em cùng cha khác mẹ hoặc cùng mẹ khác cha, bà, hoặc cháu gái.**

Nếu **Có**, xin điền vào bảng dưới đây:

Thân nhân	Bên Ngoại	Bên Nội
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 Quý vị có từng bị ung thư buồng trứng chưa? Có Không

12 Quý vị có từng bị ung thư vú hoặc DCIS (tiền ung thư) chưa? Có Không (Nếu Không, sang câu hỏi số 13)

Nếu **Có**, quý vị được điều trị ung thư bằng cách

Vú bên nào (cả hai)?

- Giải phẫu (cắt bỏ khối u)
- Giải phẫu cắt bỏ vú (cắt bỏ vú)
- Liệu pháp khác, xin cho biết chi tiết

Phải Trái

Quý vị bị chẩn đoán năm nào?
N N N N

13 Trước đây quý vị có từng bị giải phẫu vú bên nào chưa (không tính giải phẫu bơm ngực)? Có Không Phải Trái

Nếu **Có**, Trong vòng hai năm trở lại Cách đây hơn hai năm

Nếu trên hai năm, khoảng chừng năm nào?
N N N N

BreastScreen là chương trình dành cho phụ nữ có sức khỏe tốt, KHÔNG CÓ triệu chứng có bệnh về vú. Nếu quý vị thấy có triệu chứng hãy đi bác sĩ khám TRƯỚC KHI đi chụp quang tuyến vú.

14 HIỆN NAY có khối u (những khối u) nào ở vú mà quý vị cảm nhận được không? Có Không (Nếu Không, sang câu hỏi số 15)

Nếu **Có**, khối u ở bên vú nào?

Khối u đã có chưa được 12 tháng?

Bác sĩ đã có khám khối u chưa?

Phải Trái
 Đúng Không
 Có Không

15 HIỆN NAY quý vị có thấy đầu vú tiết ra dịch chất có lẫn máu hoặc giống như nước? Có Không (Nếu Không, sang câu hỏi số 16)

Nếu **Có**, dịch chất tiết ra ở đầu vú có lẫn máu hoặc trong/giống như nước?

Dịch chất tiết ra từ đầu vú bên nào?

Có dịch chất tiết ra từ đầu vú chưa được 12 tháng?

Bác sĩ đã có khám về tình trạng đầu vú tiết ra dịch chất chưa?

Có lẫn máu Trong/giống như nước
 Phải Trái
 Có Không
 Có Không

16 HIỆN NAY quý vị có triệu chứng nào khác ở vú không? Có Không Phải Trái

(Nếu Không, sang câu hỏi số 17) Nếu **Có**, xin cho biết chi tiết

17 Quý vị có đồng ý cho BreastScreen Victoria thu thập hoặc trao đổi những phim chụp hình vú của quý vị và những hồ sơ liên quan với mục đích so sánh và chăm sóc cho quý vị như đã trình bày trong Tờ Thông tin về BreastScreen Victoria? Có Không

Khi ký tên dưới đây tôi xác nhận rõ là đã đọc và hiểu Tờ Thông tin về BreastScreen Victoria
 Tôi xác nhận các chi tiết trong mẫu giấy này là đúng. Tôi đồng ý tham gia vào chương trình BreaScreen.
 Tôi hiểu là bất cứ lúc nào tôi cũng có quyền đặt câu hỏi, yêu cầu ngưng việc chụp nhũ ảnh hoặc không tham gia vào chương trình nữa.

Chữ ký Ngày
N N T T N N N N

Tên