

## استمارة التسجيل و الموافقة

مهم - الرجاء قراءة التعليمات التالية

BreastScreen  
Victoria

الرجاء اجلبي معك النسخة المُكملة من هذه الاستمارة عند الحضور إلى موعد فحصك.  
استعملي الحروف الكبيرة أو  ووقّعي.  
الرجاء تفحص المعلومات المملوءة مسبقاً وتجديد ما يتطلب ذلك، مثلاً:  نعم  لا

المعلومات المُقدّمة أدناه يمكن أن تُستعمل للاتصال بك وتترك رسالة بتشخيص هويتنا بمؤسسة BreastScreen Victoria

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تاريخ الولادة	<input type="checkbox"/>	أخرى	<input type="checkbox"/>	مز	<input type="checkbox"/>	آنسة	<input type="checkbox"/>	سيدة
سنة			شهر			يوم								
الهاتف الخليوي/الموبايل						اسم العائلة								
البيت						الاسم الأول								
العمل						اسم العائلة عند الولادة								
						البريد الالكتروني/الايمل								
						عنوان البيت								
						العنوان البريدي								

1 بلد الولادة

2 هل تتحدثين لغة غير الانكليزية في البيت؟  نعم  لا (إذا أجبت بلا، اذهبي الى السؤال 3)

إذا أجبت بنعم، ما هي اللغة الرئيسية التي تتحدثينها في البيت؟

3 هل أنت من أصل ابورجيني أو من جزر توركس سترايت؟  نعم  لا (إذا أجبت بلا، اذهبي الى السؤال 4)إذا أجبت بنعم، فهل أنت ابورجينية  من سكان جزر توركس سترايت  ابورجينية و من سكان جزر توركس سترايت

4 سوف ترسل نتائج فحص الثدي اليك. إذا أردت أيضاً أن ترسل نسخة إلى طبيبك أوأخصائي الثدي فالرجاء إعطاء تفاصيلهم أدناه.

الطبيب	الطبيب
أسم العيادة	أسم العيادة
العنوان	العنوان
الرمز البريدي	الرمز البريدي
رقم الهاتف	رقم الهاتف

BreastScreen Victoria لا تفحص النساء الحوامل والمُرضعات.

ننصحك بالانتظار حتى ثلاثة أشهر بعد توقفك عن الرضاعة الطبيعية للقيام بإجراء فحص الثدي.

5 هل أنت، أو ممكن أن تكوني، حامل؟  نعم  لا6 هل تُرضعين؟  نعم  لا7 هل تستعملين حالياً العلاج بالهرمونات البديلة المُسمى بـ(HRT)؟  نعم  لا (إذا أجبت بلا، اذهبي الى السؤال 8)إذا أجبت بنعم، هل بدأت باستعمال HRT بعد آخر فحص للثدي بأشعة المموگرام؟  نعم  لا8 هل كان آخر فحص لك بأشعة المموگرام خارج برنامج BreastScreen Victoria؟  نعم  لا (إذا أجبت بلا، اذهبي الى السؤال 9)

إذا أجبت بنعم، الرجاء إعطاء الموقع والتاريخ (شهر وسنة)، تقديرياً لا بأس بذلك.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التاريخ	الموقع
سنة			شهر				

9 هل تم تشخيص إحدى أعضاء عائلتك (قرباء الدم) بسرطان الثدي في وقت ما؟  
فقط يتضمن؛ الأم، الأب، الأخت، الأخ، البنت أو الإبن، العمّة/الخالة، نصف أخت،  
نصف أخ، الجدة، الجد، ابنة الأخ/ابنة الأخت أو ابن الأخ/ابن الأخت.

نعم  لا  لا أعرف

إذا أجبت بنعم، الرجاء اكمل الجدول التالي:

عضو العائلة (مثلاً الأم)		هل تواجد سرطان الثدي كلهما <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		العمر الذي تم تشخيص السرطان فيه (إذا لم تكوني متأكدة، الرجاء تقديرياً)	
من طرف الأب	من طرف الأم	غير معروف	ثدي واحد		
<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"/>		

أسئلة 10 و 11 يتعلقان فقط بسرطان المبيض؛ ليس أخرى كسرطان البطن، عنق الرحم والرحم.

نعم  لا  لا أعرف

10 هل تم تشخيص إحدى من قرباتك بالدم بسرطان المبيض في وقت ما؟

عضو العائلة	
من طرف الأب	من طرف الأم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

فقط يتضمن؛ الأم، الأخت، البنت العمّة/الخالة،  
نصف أخت، الجدة، ابنة الأخ/ابنة الأخت.

إذا أجبت بنعم، الرجاء اكمل الجدول التالي:

نعم  لا

11 هل تم تشخيصك بسرطان المبيض في الماضي؟

12 هل تم تشخيصك بسرطان الثدي أو ما يُسمى بالـ DCIS (قبل السرطان) في الماضي؟

نعم  لا  (إذا أجبت بلا، اذهبي الى السؤال 13)

أي الثدي (ثديين)؟  يمين  يسار

في أي سنة تم التشخيص؟

نعم  لا  يمين  يسار

إذا كان أكثر من سنتين، أية سنة تقريباً؟

نعم  لا  يمين  يسار

إذا أجبت بنعم، خلال السنتين الماضيتين  أكثر من سنتين

BreastScreen هو برنامج للنساء اللواتي يتمتعن بصحة جيدة ويدون أعراض في الثديين.  
إذا اختبرت أعراضاً فالرجاء زيارة طبيبك قبل الحضور الى BreastScreen.

14 هل لديك كتلة (كتل) في الثديين تشعيرتها الآن؟

نعم  لا  (إذا أجبت بلا، اذهبي الى السؤال 15)

نعم  لا  يمين  يسار

نعم  لا  يمين  يسار

نعم  لا  يمين  يسار

نعم  لا  يمين  يسار

نعم  لا  يمين  يسار

نعم  لا  يمين  يسار

نعم  لا  يمين  يسار

نعم  لا  يمين  يسار

نعم  لا  يمين  يسار

نعم  لا  يمين  يسار

نعم  لا  يمين  يسار

نعم  لا  يمين  يسار

نعم  لا  يمين  يسار

نعم  لا  يمين  يسار

نعم  لا  يمين  يسار

نعم  لا  يمين  يسار

نعم  لا  يمين  يسار

17 هل توافقين على أن تحصل وتتقاسم BreastScreen Victoria أشعة ثدييك والملفات ذات الصلة لغرض المقارنة  
ورعايتك كما وردت في مجلد المعلومات BreastScreen Victoria؟

بتوقعي أدناه أقر أنني قرأت وفهمت مجلد المعلومات BreastScreen Victoria.  
أقر بأن المعلومات الموجودة في هذه الإستمارة صحيحة. أوافق على المشاركة في برنامج BreastScreen.  
افهم أنني أستطيع طرح الأسئلة، توقيف الفحص أو الإنسحاب من البرنامج في أي وقت كان.

التوقيع

الأسم

التاريخ

اليوم  الشهر  السنة