

# Obrazac za registriranje i pristanak

**VAŽNO – Molimo pročitajte donje naputke**

Molimo donesite popunjeni primjerak ovog obrasca na predbilježeno snimanje.

Pišite TISKANIM SLOVIMA ili  i potpišite (se).

Molimo provjerite jesu li unaprijed upisani podaci točni i ispravite ih, ako je potrebno. Na primjer  **Da**  **Ne**

BreastScreen  
Victoria

**Dolje navedene podatke možemo upotrijebiti za uspostavljanje kontakta s vama i za ostavljanje poruka pri čemu ćemo se predstaviti kao BreastScreen Victoria**

<input type="checkbox"/> Gospođa	<input type="checkbox"/> Gospodična	<input type="checkbox"/> Drugo _____	Datum rođenja	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				D	D	M	M	G	G	G	G
Prezime _____						Mobitel _____					
Ime _____						Kuća _____					
Djevojačko prezime _____						Posao _____					
Elektronska pošta _____											
Kućna adresa _____											
Adresa za slanje pošte _____											

## 1 Zemlja rođenja

## 2 Govorite li kod kuće neki drugi jezik osim engleskog?

**Da**  **Ne** (Ako ste odgovorili s Ne, pređite na 3. pitanje)

Ako ste odgovorili s **Da**, koji jezik uglavnom govorite kod kuće?

## 3 Jeste li podrijetlom Aboridžin ili Otočanin Toresovog prolaza?

**Da**  **Ne** (Ako ste odgovorili s Ne, pređite na 4. pitanje)

Ako ste odgovorili s **Da**, jeste li  Aboridžin  Otočanin Toresovog prolaza  I Aboridžin i Otočanin Toresovog prolaza

## 4 Rezultate snimanja dojki ćemo poslati vama. Ako želite da kopiju rezultata pošaljemo i vašem liječniku/liječnicima i/ili specijalisti (za dojke), molimo navedite dolje njihove podatke.

Liječnik _____	Liječnik _____
Naziv klinike _____	Naziv klinike _____
_____	_____
Adresa _____	Adresa _____
_____	_____
_____ Poštanski broj _____	_____ Poštanski broj _____
Broj telefona _____	Broj telefona _____

**BreastScreen Victoria ne vrši snimanje žena koje su trudne ili koje doje.**

**Preporučamo da po prestanku dojenja sačekate tri mjeseca prije snimanja dojki.**

## 5 Jeste li trudni ili je li je moguće da ste trudni?

**Da**  **Ne**

## 6 Dojite li?

**Da**  **Ne**

## 7 Uzimate li trenutno terapiju za zamjenu hormona (Hormone Replacement Therapy - HRT)?

**Da**  **Ne**

(Ako ste odgovorili s Ne, pređite na 8. pitanje) Ako ste odgovorili s **Da**, jeste li terapiju za zamjenu hormona (HRT) počeli uzimati nakon posljednjeg mamograma?

**Da**  **Ne**

## 8 Je li je vaš posljednji mamogram rađen izvan programa BreastScreen Victoria?

**Da**  **Ne**

(Ako ste odgovorili s Ne, pređite na 9. pitanje) Ako ste odgovorili s **Da**, molimo navedite mjesto i datum (mjesec i godinu). Dovoljno je navesti približno vrijeme snimanja.

Mjesto

Datum

**9 Je li kod nekog od vaših članova obitelji (krvnih srodnika) ikad bila postavljena dijagnoza raka DOJKE?**

Molimo navedite **samo** sljedeće srodnike; **Majka, otac, sestra, brat, kćerka, sin, tetka, ujak/stric, polu-sestra, polu-brat, baka, djed, sestrična ili sestrić.**

**Da**  **Ne**  **Ne znam**

Ako ste odgovorili s **Da**, molimo popunite sljedeću tablicu:

Član obitelji (Na primjer sa MAJČINE strane)	Koliko je imao (Ako niste sigurni, napišite približno što mislite)	Gdje se pronašao rak dojke			Sa čije strane obitelji	
		U jednoj dojci	U obje dojke	Nije	Sa majčine strane	Sa očeve strane
_____	_____	<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. i 11. pitanje se odnosi SAMO na rak jajnika; a NE na druge vrste abdominalnog raka ili rak vrata maternice ili rak maternice.**

**10 Je li je kod nekog od vaših krvnih srodnika ikada bila postavljena dijagnoza raka jajnika?**  **Da**  **Ne**  **Ne znam**

Molimo navedite **samo** sljedeće srodnike; **Majka, sestra, kćerka, tetka, polu-sestra, baka ili sestrična.**

Ako ste odgovorili s **Da**, molimo popunite sljedeću tablicu:

Član obitelji	Sa majčine strane	Sa očeve strane
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11 Jeste li u prošlosti imali rak jajnika?**

**Da**  **Ne**

**12 Jeste li u prošlosti imali rak dojke ili DCIS (duktalni karcinom in situ – prekancerozna faza)?**

**Da**  **Ne**

(Ako ste odgovorili s **Ne**, pređite na 13. pitanje) Ako ste odgovorili s **Da**, kojem od sljedećih tretmana ste bili podvrgnuti

U kojoj dojci (ili u obje dojke)?  U desnoj  U lijevoj

Operacija za očuvanje dojke (odstranjenje kvrge)

Mastektomija (odstranjenje dojke)

Koje godine je postavljena dijagnoza?

Drugo, molimo navedite što

G G G G

**13 Jeste li nekad operirali jednu ili drugu dojku (osim implantata)?**

**Da**  **Ne**  **Desnu**  **Lijevu**

Ako ste odgovorili s **Da**,  U posljednje dvije godine  Prije više od dvije godine  
Ako je to bilo prije više od dvije godine, otprilike koje godine?

G G G G

**BreastScreen je program za zdrave žene koje NEMAJU simptome u dojka.**

**Ako imate simptome, molimo da odete kod liječnika PRIJE nego što dođete u BreastScreen.**

**14 Možete li SADA napipati kvrgu/kvrge u dojka?**

**Da**  **Ne**

(Ako ste odgovorili s **Ne**, pređite na 15. pitanje) Ako ste odgovorili s **Da**, u kojoj dojci je kvrga?

U desnoj  U lijevoj

Je li je kvrga nazočna manje od 12 mjeseci?

**Da**  **Ne**

Je li vaš liječnik pregledao kvrgu?

**Da**  **Ne**

**15 Imate li SADA krvav ili voden iscjedak iz bradavice?**

**Da**  **Ne**

(Ako ste odgovorili s **Ne**, pređite na 16. pitanje) Ako ste odgovorili s **Da**, je li iscjedak krvav ili bistar/voden?

Krvav  Bistar/voden

U kojoj dojci se pojavljuje iscjedak iz bradavice?

U desnoj  U lijevoj

Imate li iscjedak iz bradavice manje od 12 mjeseci?

**Da**  **Ne**

Je li vaš liječnik pregledao iscjedak iz bradavice?

**Da**  **Ne**

**16 Imate li SADA neke druge simptome u dojka?**

**Da**  **Ne**  **U desnoj**  **U lijevoj**

(Ako ste odgovorili s **Ne**, pređite na 17. pitanje)

Ako ste odgovorili s **Da**, molimo navedite detalje

**17 Dajete li suglasnost BreastScreen Victoria da pribavi ili prosljedi vaše prijašnje snimke dojki i s njima povezanu dokumentaciju radi uspoređivanja i pružanja skrbi koja vam je potrebna, kao što je opisano u Informativnom listu službe BreastScreen Victoria?**

**Da**  **Ne**

Svojim potpisom potvrđujem da sam pročitala i razumijela informacije u *Informativnom listu službe BreastScreen Victoria*.

Potvrđujem da su podaci u ovom obrascu točni. Pristajem na sudjelovanje u programu BreastScreen.

Razumijem da bilo kad mogu postavljati pitanja, prekinuti mamogram ili se povući iz programa.

Potpis

Datum   /   /      
D D M M G G G G

Ime \_\_\_\_\_