



**9** آیا کدام شخص از فامیل تان (خویشاوند خونی) تا به حال با سرطان پستان تشخیص داده شده است؟  
تنها شامل: مادر، پدر، خواهر، برادر، دختر، پسر، خاله، عمه، کاکا، ماما، برادر ناسکه، خواهر ناسکه، پدرکلان، مادرکلان، برادر زاده و خواهر زاده باشد.

بلی  نخیر  نمیدانم

اگر جواب بلی باشد، لطفا جدول ذیل را تکمیل کنید:

کدام طرف فامیل		در کجا سرطان پستان پیدا شد			به سن که سرطان تشخیص شد (اگر مطمئن نیستید، تقریبی بنویسید)	عضو فامیل (بطور مثال مادری)
طرف پدر	طرف مادر	معلوم نیست	هر دو	یک پستان		
<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"/>	_____	_____

**سوالهای 10 و 11 تنها به سرطان تخمدان راجع میشود: نه به سرطانهای دیگر شکم، سرطان دهانه رحم و یا رحم.**

بلی  نخیر  نمیدانم

**10** آیا خویشاوندان خونی شما به سرطان تخمدان تشخیص شده اند؟

تنها شامل: مادر، خواهر، خاله، عمه، خواهر ناسکه، مادرکلان و خواهر زاده.

اگر جواب بلی باشد، لطفا جدول ذیل را تکمیل کنید:

عضو فامیل		طرف پدری	طرف مادری
_____	_____		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

بلی  نخیر

**11** آیا شما در گذشته سرطان تخمدان داشته اید؟

**12** آیا شما سرطان پستان و یا DCIS (قبل از سرطان) در گذشته داشته اید؟  بلی  نخیر (اگر جواب نخیر باشد، به سوال 13 بروید)  
اگر جواب بلی باشد، آیا پستان شما تداوی شد توسط کدام پستان/پستانها؟  راست  چپ

عمل جراحی حفظ پستان (برداشتن توده)

ماستکتومی (برداشتن پستان)

به کدام سال شما تشخیص شدید؟  سال  سال  سال  سال

دیگر، لطفا توضیح بدهید \_\_\_\_\_

**13** آیا در گذشته شما جراحی در کدام پستان تان شدید (به استثنای ایمپلانت پستان)؟  بلی  نخیر  راست  چپ

اگر بلی باشد،  در دو سال گذشته  از دو سال بیشتر  
اگر از دو سال بیشتر باشد، تقریباً در کدام سال؟  سال  سال  سال

**BreastScreen برنامه ایست برای خانمهای صحتمند که علائم پستان نداشته باشند.**

**اگر شما علائم داشته باشید لطفاً نخست داکتر خویش را ببینید قبل از اینکه به BreastScreen بیایید.**

**14** آیا شما پندیدگی/برامدگی در پستان تان در حال حاضر احساس میکنید؟  بلی  نخیر (اگر جواب نخیر باشد، به سوال 15 بروید)

اگر جواب بلی باشد، در کدام پستان تان این برامدگی میباشد؟  راست  چپ

ایا مدت این برامدگی کمتر از 12 ماه میشود؟  بلی  نخیر

ایا داکتر شما این برامدگی را معاینه کرده است؟  بلی  نخیر

**15** آیا از نوک پستان شما در حال حاضر الوده به خون و یا اب ترشح میکند؟  بلی  نخیر (اگر جواب نخیر باشد، به سوال 16 بروید)

اگر جواب بلی باشد، آیا این ترشح از نوک پستان الوده به خون و یا صاف/اب میباشد؟  الوده به خون  صاف/اب الود

از کدام پستان شما ترشح میشود؟  راست  چپ

ایا مدت این ترشح از نوک پستان تان کمتر از 12 ماه میشود؟  بلی  نخیر

ایا داکتر شما این ترشح از نوک پستان را معاینه کرده است؟  بلی  نخیر

**16** آیا شما کدام علائم دیگر پستان هم در حال حاضر دارید؟  بلی  نخیر  راست  چپ

(اگر جواب نخیر باشد، به سوال 17 بروید) اگر جواب بلی باشد، لطفا مشخص سازید \_\_\_\_\_

**17** آیا شما با BreastScreen Victoria موافقت میکنید در به دست آوردن و مشترک گذاشتن تصاویر پستان و فایل های مرتبط به منظور مقایسه و مراقبت شما که در صفحه معلوماتی BreastScreen Victoria توضیح داده شده است؟  بلی  نخیر

با امضای در زیر من تصدیق میکنم که صفحه معلوماتی BreastScreen Victoria را خوانده و میفهمم.

من تصدیق میدارم که معلومات داده شده در این فرم درست است. من در شرکت کردن برنامه BreastScreen موافقت میکنم.

من میفهمم که من سوال پرسیده میتوانم، معاینات ماموگرام را متوقف کرده و یا هم در هر زمانی از این برنامه خارج شده میتوانم.

امضا  ×  
تاریخ  سال  ماه  روز

اسم \_\_\_\_\_