

Έντυπο Εγγραφής & Συγκατάθεσης

ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ – Παρακαλούμε να διαβάσετε τις οδηγίες παρακάτω

Να φέρετε ένα συμπληρωμένο αντίτυπο αυτού του εντύπου στο ραντεβού του προσυμπωματικού σας ελέγχου.

ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΤΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ή και υπογράψτε.

Παρακαλώ ελέγξτε τα προσυμπληρωμένα στοιχεία και αλλάξτε ότι χρειάζεται. Για Παράδειγμα: Ναι Όχι

BreastScreen
Victoria

Τα παρακάτω στοιχεία σας μπορεί να τα χρησιμοποιήσουμε για να επικοινωνήσουμε μαζί σας ή να σας αφήσουμε μήνυμα λέγοντας ότι είμαστε από την BreastScreen Victoria

<input type="checkbox"/> Κα <input type="checkbox"/> Δις <input type="checkbox"/> Άλλος _____	Ημερομηνία γέννησης	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Επώνυμο _____	Κινητό _____	
Όνομα _____	Σταθερό _____	
Επώνυμο κατά τη γέννηση _____	Εργασία _____	
Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο _____		
Διεύθυνση κατοικίας _____		
Ταχυδρομική διεύθυνση _____		

- 1 **Χώρα γέννησης**
- 2 **Μιλάτε άλλη γλώσσα εκτός της Αγγλικής στο σπίτι;** Ναι Όχι (Εάν Όχι, πηγαίετε στην ερώτηση 3)
Εάν Ναι, ποια είναι η κύρια γλώσσα που μιλάτε στο σπίτι;
- 3 **Είστε Αβορίγινας ή από τις Νήσους του Στενού Τόρρες;** Ναι Όχι (Εάν Όχι, πηγαίετε στην ερώτηση 4)
Εάν Ναι, είστε: Αβορίγινας Από τις Νήσους του Στενού Τόρρες Αβορίγινας και από τις Νήσους του Στενού Τόρρες
- 4 **Θα σας στείλουμε τα αποτελέσματα του προσυμπωματικού ελέγχου των μαστών σας. Εάν θέλετε να στείλουμε ένα αντίτυπο στο γιατρό ή στους γιατρούς σας ή στον ειδικό γιατρό μαστών παρακαλώ παραθέστε τα στοιχεία τους παρακάτω.**

Γιατρός _____
Όνομα Κλινικής _____

Διεύθυνση _____

_____ Ταχυδρομικός κώδικας _____
Αριθμός τηλεφώνου _____

Γιατρός _____
Όνομα Κλινικής _____

Διεύθυνση _____

_____ Ταχυδρομικός κώδικας _____
Αριθμός τηλεφώνου _____

Η υπηρεσία BreastScreen Victoria δεν κάνει προσυμπωματικό έλεγχο σε γυναίκες που είναι έγκυες ή που θηλάζουν. Σας προτείνουμε να περιμένετε τρεις μήνες μετά τη διακοπή θηλασμού για να κάνετε προσυμπωματικό έλεγχο μαστών.

- 5 **Είστε, ή υπάρχει πιθανότητα να είστε έγκυος;** Ναι Όχι
- 6 **Θηλάζετε;** Ναι Όχι
- 7 **Χρησιμοποιείτε στο παρόν Θεραπεία Αντικατάστασης Ορμονών (HRT);** Ναι Όχι (Εάν Όχι, πηγαίετε στην ερώτηση 8)
Εάν Ναι, αρχίσατε τη χρήση HRT μετά την τελευταία μαστογραφία σας; Ναι Όχι
- 8 **Η τελευταία μαστογραφία σας έγινε έξω από το πρόγραμμα της BreastScreen Victoria;** Ναι Όχι (Εάν Όχι, πηγαίετε στην ερώτηση 9)
Εάν Ναι, παρακαλώ σημειώστε τον τόπο και την ημερομηνία (μήνα & έτος), στο περίπου αρκεί.

Τόπος

Ημερομηνία /

9 Είχε ποτέ κανένα μέλος της οικογένειάς σας (συγγενής εξ αίματος) διαγνωστεί με καρκίνο του ΜΑΣΤΟΥ;

Συμπεριλάβετε **Μόνο**: Μητέρα, πατέρα, αδελφή, αδελφό, κόρη, γιο, θεία, θείο, ετεροθαλή αδελφή, ετεροθαλή αδελφό, γιαγιά, παππού, ανηψιά ή ανηψιό.

Ναι Όχι Δε γνωρίζω

Εάν **Ναι**, παρακαλώ συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα:

Μέλος οικογένειας (Για παράδειγμα της ΜΗΤΕΡΑΣ)	Ηλικία που βρέθηκε ο καρκίνος (Εάν δεν είστε σίγουρη, βάλτε στο περίπου)	Σε ποιο μαστό ήταν ο καρκίνος			Πλευρά της οικογένειας	
		Στον ένα μαστό	Και στους δύο	Δε γνωρίζω	Πλευρά της μητέρας	Πλευρά του πατέρα
_____	_____	<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"/>

Οι ερωτήσεις 10 και 11 αναφέρονται ΜΟΝΟ στον καρκίνο ωοθηκών, ΌΧΙ σε άλλους καρκίνους όπως της κοιλιάς, της μήτρας ή του τραχήλου της μήτρας.

10 Είχε ποτέ καμία συγγενής σας εξ αίματος διαγνωστεί με καρκίνο στις ωοθήκες; Ναι Όχι Δε γνωρίζω

Συμπεριλάβετε **Μόνο**: Μητέρα, αδελφή, κόρη, θεία, ετεροθαλή αδελφή, γιαγιά ή ανηψιά.

Εάν **Ναι**, παρακαλώ συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα

Μέλος οικογένειας	Πλευρά της μητέρας	Πλευρά του πατέρα
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 Είχατε στο παρελθόν καρκίνο στην ωοθήκη; Ναι Όχι

12 Είχατε στο παρελθόν καρκίνο στο μαστό ή DCIS (προ-καρκίνο); Ναι Όχι (Εάν Όχι, πηγαίνατε στην ερώτηση 13)

Εάν **Ναι**, είχατε κάνει

Σε ποιο μαστό (μαστούς)

Δεξιό Αριστερό

Χειρουργική επέμβαση διατηρώντας το μαστό (με αφαίρεση όγκου)

Μαστεκτομή (αφαίρεση του μαστού)

Ποιο έτος έγινε η διάγνωση;

Άλλη επέμβαση, διευκρινίστε παρακαλώ

13 Έχετε κάνει στο παρελθόν εγχείρηση σε έναν από τους μαστούς σας (συμπεριλαμβάνονται τα εμφυτεύματα μαστού); Εάν **Ναι**, διευκρινίστε, Ναι Όχι Δεξιό Αριστερό

Τα τελευταία 2 χρόνια Προτού πάνω από δύο χρόνια Εάν ήταν προτού πάνω από δύο χρόνια, ποιο έτος περίπου;

Το BreastScreen είναι ένα πρόγραμμα για γυναίκες που είναι καλά ΧΩΡΙΣ να έχουν συμπτώματα στο μαστό.

Αν έχετε κάποιο σύμπτωμα παρακαλώ να δείτε το γιατρό σας ΠΡΟΤΟΥ παρακολουθήσετε το BreastScreen.

14 Έχετε εξόγκωμα/εξογκώματα που τα αισθάνεστε ΤΩΡΑ; Ναι Όχι (Εάν Όχι, πηγαίνατε στην ερώτηση 15)

Εάν **Ναι**, σε ποιο μαστό είναι το εξόγκωμα;

Δεξιό Αριστερό

Έχετε το εξόγκωμα για λιγότερο από 12 μήνες;

Ναι Όχι

Έχει εξετάσει το εξόγκωμα ο γιατρός σας;

Ναι Όχι

15 Έχετε αιματηρή ή νερούλη έκκριση από τη θηλή ΤΩΡΑ; Ναι Όχι (Εάν Όχι, πηγαίνατε στην ερώτηση 16)

Εάν **Ναι**, είναι η έκκριση στη θηλή αιματηρή ή καθαρή/νερούλη;

Αιματηρή Καθαρή/νερούλη

Ποιος μαστός έχει την έκκριση

Δεξιός Αριστερός

Έχετε την έκκριση από τη θηλή για λιγότερο από 12 μήνες;

Ναι Όχι

Εξέτασε την έκκριση από τη θηλή ο γιατρός σας;

Ναι Όχι

16 Έχετε κανένα άλλο σύμπτωμα στο μαστό ΤΩΡΑ; Ναι Όχι Δεξιό Αριστερό

(Εάν Όχι, πηγαίνατε στην ερώτηση 17) Εάν **Ναι**, παρακαλώ διευκρινίστε

17 Δίνετε τη συγκατάθεσή σας στην BreastScreen Victoria να πάρουν ή να κάνουν διαθέσιμες τις απεικονίσεις των μαστών σας και σχετικά αρχεία για το σκοπό σύγκρισης και για τη φροντίδα σας όπως περιγράφεται στο Ενημερωτικό Φυλλάδιο του BreastScreen Victoria Ναι Όχι

Με την υπογραφή μου παρακάτω αναγνωρίζω ότι έχω διαβάσει και ότι έχω καταλάβει το *Ενημερωτικό Φυλλάδιο του BreastScreen Victoria*.

Επιβεβαιώνω ότι οι πληροφορίες στο έντυπο αυτό είναι ακριβείς. Συμφωνώ να συμμετάσχω στο πρόγραμμα του BreastScreen.

Καταλαβαίνω ότι μπορώ να κάνω ερωτήσεις, να σταματήσω την εξέταση της μαστογραφίας ή να αποσυρθώ από το πρόγραμμα ανά πάσα στιγμή.

Υπογραφή

Ημερομηνία

/

Όνομα