

पंजीकरण एवं सहमति फ़ॉर्म

महत्वपूर्ण - कृपया नीचे दिए गए निर्देश पढ़ें

कृपया अपनी स्क्रीनिंग अपॉइंटमेंट पर इस फ़ॉर्म की भरी हुई कॉपी अपने साथ लाएँ।

कृपया बड़े अक्षरों या ✕ का प्रयोग करें और हस्ताक्षर करें।

कृपया पहले से भरी जानकारी की जाँच कर लें और ज़रूरी होने पर इसे अपडेट करें। उदाहरणतः ✕ हाँ ✕ नहीं

BreastScreen
Victoria

प्रदान किए गए विवरण का प्रयोग आपसे संपर्क करने और BreastScreen Victoria के रूप में हमारी पहचान करके आपके लिए एक संदेश छोड़ने के लिए किया जा सकता है।

<input type="checkbox"/> श्रीमती	<input type="checkbox"/> कुमारी	<input type="checkbox"/> सुश्री	<input type="checkbox"/> अन्य _____	जन्म तिथि	<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	Y	Y	Y
कुलनाम _____				मोबाइल _____							
अन्य नाम _____				घर _____							
जन्म के समय कुलनाम _____				कार्य _____							
ई-मेल _____											
घर का पता _____											
डाक पता _____											

1 वह देश जहाँ आपका जन्म हुआ था

2 क्या आप घर पर अंग्रेज़ी के अलावा कोई दूसरी भाषा बोलती हैं? हाँ नहीं (यदि नहीं, तो सवाल 3 पर जाएँ)

यदि हाँ, तो आप घर पर कौन सी मुख्य भाषा में बातचीत करती हैं?

3 क्या आप एबोरिजनल (जनजातीय) या टोरस स्ट्रेट द्वीपवासी मूल के हैं? हाँ नहीं (यदि नहीं, तो सवाल 4 पर जाएँ)

यदि हाँ, तो क्या आप एबोरिजनल हैं टोरस स्ट्रेट द्वीपवासी हैं एबोरिजनल और टोरस स्ट्रेट द्वीपवासी हैं

4 आपके ब्रेस्ट स्क्रीन के परिणाम आपको भेजे जाएँगे। यदि आप चाहती हैं कि आपके डॉक्टर(रों) या ब्रेस्ट स्पेशलिस्ट को भी एक कॉपी भेजी जाए तो कृपया उनके विवरण नीचे प्रदान करें।

डॉक्टर _____	डॉक्टर _____
क्लिनिक का नाम _____	क्लिनिक का नाम _____
_____	_____
पता _____	पता _____
_____	_____
_____ पोस्टकोड _____	_____ पोस्टकोड _____
फोन नम्बर _____	फोन नम्बर _____

BreastScreen Victoria उन महिलाओं की स्क्रीनिंग नहीं करती है जो गर्भवती हैं या जो वर्तमान समय में स्तनपान करा रही हैं हम यह सुझाव देते हैं कि स्तनपान कराना बंद करने के बाद ब्रेस्ट स्क्रीन कराने से पहले आपको तीन महीने प्रतीक्षा करनी चाहिए।

5 क्या आप गर्भवती हैं, या क्या हो सकता है कि आप गर्भवती हों? हाँ नहीं

6 क्या आप स्तनपान करा रही हैं? हाँ नहीं

7 क्या आप वर्तमान समय में हार्मोन रिप्लेसमेंट थेरेपी (HRT) का प्रयोग कर रही हैं? हाँ नहीं (यदि नहीं, तो सवाल 8 पर जाएँ)

यदि हाँ, तो क्या आपने अपने अंतिम ब्रेस्ट मैमोग्राम के पश्चात HRT का प्रयोग करना शुरू किया था? हाँ नहीं

8 क्या आपका अंतिम मैमोग्राम BreastScreen Victoria प्रोग्राम के तहत नहीं था? हाँ नहीं (यदि नहीं, तो सवाल 9 पर जाएँ)

यदि हाँ, तो कृपया स्थान और दिनांक (महीना व वर्ष) बताएँ, आप इसका अनुमान भी बता सकती हैं।

स्थान दिनांक /

M M Y Y Y Y

9 क्या आपके परिवार के कोई सदस्य (सगे संबंधी) ब्रेस्ट कैंसर से पीड़ित रहे हैं?

केवल इन सदस्यों में से ही बतायें; माता, पिता, बहन, भाई, बेटी, बेटा, आंटी, अंकल, सौतेली-बहन, सौतेला-भाई, दादी/नानी, दादा/नाना, भतीजी/भांजी या भतीजा/भांजा।

हाँ नहीं मालूम नहीं

यदि हाँ, तो कृपया निम्नलिखित सारणी पूरी करें:

परिवार का सदस्य (उदाहरणतः माँ)	कैंसर का पता किस उम्र में लगा था (यदि पक्का पता नहीं है, तो कृपया अंदाज़ा लगाएँ)	ब्रेस्ट कैंसर कहाँ पाया गया था			किसके परिवार में	
		एक स्तन में	दोनों में	पता नहीं	माँ के तरफ के परिवार में	पिता के तरफ के परिवार में
		<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"/>

सवाल 10 व 11 केवल ओवेरियन (अण्डाशयी) कैंसर का संदर्भ देते हैं; अन्य आंत, ग्रीवा या गर्भाशय के कैंसर का नहीं।

10 क्या आपके कोई सगे संबंधी कभी ओवेरियन (अण्डाशयी) कैंसर से पीड़ित रह चुके हैं?

हाँ नहीं मालूम नहीं

केवल इन सदस्यों में से ही बतायें; माता, बहन, बेटी, आंटी, सौतेली-बहन, दादी/नानी या भतीजी/भांजी।

यदि हाँ, तो कृपया निम्नलिखित सारणी पूरी करें:

परिवार का सदस्य	माँ के परिवार में	पिता के परिवार में
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 क्या आप पहले ओवेरियन (अण्डाशयी) कैंसर से पीड़ित रह चुकी हैं?

हाँ नहीं

12 क्या आप पहले ब्रेस्ट कैंसर या DCIS (प्री-कैंसर) से पीड़ित रह चुकी हैं?

हाँ नहीं (यदि नहीं, तो सवाल 13 पर जाएँ)

यदि हाँ, तो आपके स्तन का इलाज कैसे किया गया था

कौन सा(से) स्तन? दायां बायां

स्तन-संरक्षण सर्जरी (गांठ को हटाना)

मैस्टेक्टमी (स्तन को काट कर हटा देना)

आपका रोग-निदान किस वर्ष हुआ था?

अन्य, कृपया बतायें

13 क्या आपके किसी स्तन की पहले कभी सर्जरी हो चुकी है (ब्रेस्ट इम्प्लांट - स्तन प्रत्यारोपण को छोड़कर)?

हाँ नहीं दायां बायां

यदि हाँ, पिछले दो वर्षों में दो वर्षों से अधिक की अवधि से पहले यदि दो वर्षों से अधिक की अवधि से पहले हुआ हो, तो लगभग किस वर्ष?

BreastScreen प्रोग्राम उन स्वस्थ महिलाओं के लिए है जिनमें कभी कोई स्तन सम्बन्धी लक्षण नहीं रहे हों।

यदि आपको कोई लक्षण हो तो BreastScreen में भाग लेने से पहले अपने डॉक्टर से मिलें।

14 क्या आपकी स्तन में कोई गांठ(गांठें) हैं जिन्हें आप अब महसूस कर सकती हैं?

हाँ नहीं (यदि नहीं, तो सवाल 15 पर जाएँ)

यदि हाँ, तो गांठ किस स्तन में है?

दायां बायां

क्या यह गांठ 12 महीने से कम अवधि से है?

हाँ नहीं

क्या आपके डॉक्टर ने गांठ की जाँच की है?

हाँ नहीं

15 क्या अब आपके निप्पल से खून से रंगा हुआ या पानी जैसा रिसाव हो रहा है?

हाँ नहीं (यदि नहीं, तो सवाल 16 पर जाएँ)

यदि हाँ, तो क्या निप्पल से होना वाला रिसाव खून से रंगा हुआ है या पानी जैसा?

खून से रंगा हुआ साफ/पानी जैसा

निप्पल से रिसाव किस स्तन से हो रहा है?

दायां बायां

क्या निप्पल से रिसाव 12 महीने से कम की अवधि से हो रहा है?

हाँ नहीं

क्या आपके डॉक्टर ने निप्पल से रिसाव की जाँच कर ली है?

हाँ नहीं

16 क्या आपके स्तन में अब कोई अन्य लक्षण हैं?

हाँ नहीं दायां बायां

(यदि नहीं, तो सवाल 17 पर जाएँ) यदि हाँ, तो कृपया बतायें

17 क्या आप BreastScreen Victoria को यह सहमति देती हैं कि वह BreastScreen Victoria के सूचना पत्रक में उल्लिखित तुलना करने और आपकी देखरेख करने के प्रयोजनों के लिए आपके स्तन की तस्वीरों को प्राप्त तथा सांझा कर सकती है?

हाँ नहीं

नीचे हस्ताक्षर करके मैं यह स्वीकार करती हूँ कि मैंने BreastScreen Victoria के सूचना पत्रक को पढ़ और समझ लिया है। मैं यह स्वीकार करती हूँ कि इस फॉर्म में दी गई जानकारी सही है। मैं BreastScreen प्रोग्राम में भाग लेने की सहमति देती हूँ। मैं यह समझती हूँ कि मैं सवाल पूछ सकती हूँ, स्क्रीनिंग मैमोग्राम को बंद कर सकती हूँ या किसी भी समय प्रोग्राम से नाम वापस ले सकती हूँ।

हस्ताक्षर x

नाम

दिनांक

/ /