

# Форма регистрации и информированного согласия

**ВАЖНО - Прочитайте приведенные ниже инструкции**

Принесите с собой на прием заполненную копию этой формы.

Используйте ПЕЧАТНЫЕ БУКВЫ или  и подпишите. Проверьте автоматически заполненную информацию и по мере необходимости обновите ее. Например:  Да  Нет

BreastScreen  
Victoria

**Мы можем использовать приведенные ниже контактные данные, чтобы связаться с вами и оставить сообщение от лица нашей организации BreastScreen Victoria**

Миссис  Мисс  Г-жа  Другое \_\_\_\_\_ Дата рождения   /   /

Фамилия \_\_\_\_\_ Моб. тел. \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_ Дом. тел. \_\_\_\_\_

Фамилия при рождении \_\_\_\_\_ Раб. тел. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

Почтовый адрес \_\_\_\_\_

**1 Страна рождения**

**2 Говорите ли вы дома на языке, отличающемся от английского?**  Да  Нет (Если Нет, переходите к вопросу 3)  
Если Да, на каком языке вы в основном говорите дома?

**3 Происходите ли вы из аборигенных народов или островитян пролива Торреса?**  Да  Нет (Если Нет, переходите к вопросу 4)  
Если Да, вы  Из аборигенных народов  Из островитян пролива Торреса  Из аборигенных народов и из островитян пролива Торреса

**4 Результаты вашей маммографии будут отправлены вам. Если вы также хотите, чтобы копия была послана вашему врачу (врачам) или специалисту-маммологу, напишите их контактные данные ниже.**

Врач \_\_\_\_\_  
Название клиники \_\_\_\_\_  
Адрес \_\_\_\_\_  
Индекс \_\_\_\_\_  
Номер телефона \_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_  
Название клиники \_\_\_\_\_  
Адрес \_\_\_\_\_  
Индекс \_\_\_\_\_  
Номер телефона \_\_\_\_\_

**BreastScreen Victoria не обследует женщин, которые беременны или кормят грудью. Мы рекомендуем подождать три месяца после окончания кормления грудью и только потом делать маммографию.**

**5 Вы беременны или возможно беременны?**  Да  Нет

**6 Вы кормите грудью?**  Да  Нет

**7 Проводится ли вам в данный момент гормонозаместительная терапия (HRT)?**  Да  Нет (Если Нет, переходите к вопросу 8)  
Если Да, начали ли вы использовать HRT после вашей последней маммографии?  Да  Нет

**8 Делали ли вы последнюю маммографию в клинике, не входящей в BreastScreen Victoria?**  Да  Нет (Если Нет, переходите к вопросу 9)  
Если Да, укажите место и дату (месяц и год), можно приблизительно.

Место  Дата   /

**9 Был ли кому-нибудь из ваших близких родственников когда-либо поставлен диагноз рака МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?**

Указываются **только**: Мать, отец, сестра, брат, дочь, сын, тетя, дядя, сводная сестра, сводный брат, бабушка, дедушка, племянница или племянник.

Да  Нет  Не знаю

Если **Да**, заполните следующую таблицу:

Член семьи (Например, МАТЬ)	Возраст, в котором обнаружен рак (Если не уверены, можно приблизительно)	Где был обнаружен рак молочной железы			Со стороны	
		Одна грудь	Обе	Не знаю	Со стороны матери	Со стороны отца
_____	_____	<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"/>

**Вопросы 10 и 11 относятся ТОЛЬКО к раку яичников; НЕ к другому виду рака брюшной полости, шейки матки или самой матки.**

**10 Был ли кому-нибудь из ваших близких родственниц когда-либо поставлен диагноз рака яичников?**  Да  Нет  Не знаю

Указываются **только**: Мать, сестра, дочь, тетя, сводная сестра, бабушка или племянница.

Если **Да**, заполните следующую таблицу:

Член семьи	Со стороны матери	Со стороны отца
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11 Был ли у вас рак яичников в прошлом?**  Да  Нет

**12 Был ли у вас рак молочной железы или DCIS (предраковое состояние) в прошлом?**  Да  Нет (Если Нет, переходите к вопросу 13)

Если **Да**, что вам было сделано на груди?

Органосохраняющая операция груди (удаление уплотнения)

Мастэктомия (удаление молочной железы)

Другое (пожалуйста, укажите) \_\_\_\_\_

На какой груди (грудях)?  На правой  На левой

В каком году вам был поставлен диагноз?

Г Г Г Г

**13 Была ли у вас ранее операция на какой-либо из грудей (за исключением грудных имплантов)?**  Да  Нет  На правой  На левой

Если **Да**,  В течение последних двух лет  Больше двух лет назад. Если больше двух лет назад, приблизительно в каком году?

Г Г Г Г

**BreastScreen - это программа для здоровых женщин БЕЗ симптомов заболевания молочной железы.**

**Если у вас есть какой-то симптом, ПРЕЖДЕ ЧЕМ посещать BreastScreen, обратитесь к своему врачу.**

**14 Есть ли у вас уплотнение (уплотнения) в груди, которые прощупываются СЕЙЧАС?**  Да  Нет (Если Нет, переходите к вопросу 15)

Если **Да**, в какой груди уплотнение?

В правой  В левой

Наблюдается ли это уплотнение у вас меньше 12 месяцев?

Да  Нет

Осматривал ли это уплотнение врач?

Да  Нет

**15 Происходят ли у вас кровянистые или водянистые выделения из соска СЕЙЧАС?**  Да  Нет (Если Нет, переходите к вопросу 16)

Если **Да**, являются выделения из соска кровянистыми или прозрачными/водянистыми?

Кровянистые  Прозрачные/водянистые

На какой груди происходят выделения из соска?

На правой  На левой

Наблюдаются ли у вас эти выделения из соска меньше 12 месяцев?

Да  Нет

Осматривал ли эти выделения из соска врач?

Да  Нет

**16 Есть ли у вас какие-либо другие касающиеся груди симптомы СЕЙЧАС?**  Да  Нет  На правой  На левой

(Если Нет, переходите к вопросу 17) Если **Да**, пожалуйста, укажите \_\_\_\_\_

**17 Даете ли вы согласие на то, чтобы организация BreastScreen Victoria получала или же предоставляла третьим лицам ваши маммографические снимки и связанные с ними файлы с целью сравнения и вашего лечения, как это описано в Информационном листе организации BreastScreen Victoria?**  Да  Нет

Моя подпись внизу означает, что текст Информационного листа организации BreastScreen Victoria мною прочитан и смысл его мне понятен.

Я подтверждаю, что приведенная в данной форме информация верна. Я даю согласие на участие в программе BreastScreen.

Я понимаю, что я могу задавать вопросы, остановить маммографию или выйти из программы в любой момент.

Подпись

Дата

/   /

Д Д / М М / Г Г Г Г

Имя \_\_\_\_\_