

ලියාපදිංචි වීමේ සහ අනුමැතිය දීමේ පෝරමය

වැදගත් - පහත දැක්වෙන උපදෙස් කියවන්න

පරීක්ෂණයට පැමිණෙන විට මේ පෝරමයේ සම්පූර්ණ කළ පිටපතක් කරුණාකර රැගෙන එන්න.

ලොකු අකුරු හෝ පාවිච්චි කර අත්සන් කරන්න.

පෙර පුරවා ඇති තොරතුරු පරීක්ෂා කර බලා අවශ්‍ය පරිදි සාවත්කාලීන කරන්න. උදාහරණයක් ලෙස : ඔව් නැහැ

BreastScreen
Victoria

පහත සඳහන් ලද තොරතුරු ඔබට අමතා අප BreastScreen Victoria ලෙස හඳුන්වා දී ඔබ සඳහා පවිත්රිකා කැබ්ලට යොදා ගැනීමට ඉඩ තිබේ.

මහත්මිය මෞතිය Ms වෙනත් _____ උපන් දිනය / /
D D M M Y Y Y Y

පවුල් නාමය _____ ජංගම _____
 අතික නම _____ ගෙදර _____
 උපතේදී තිබුණ පවුල් නාමය _____ සේවා ස්ථානය _____
 ඊමේල් _____
 ගෙදර ලිපිනය _____
 නැපැල් ලිපිනය _____

1 උපන් රට

2 ඉංග්‍රීසි හැර වෙනත් බාසාවක් ඔබ ගෙදරදී කතා කරනවාද? ඔව් නැහැ (නැහැ නම්, 3 වන ප්‍රශ්නය වෙත යන්න)
ඔව් නම්, ඔබ ගෙදරදී කතා කරන ප්‍රධාන බාසාව කුමක්ද?

3 ඔබ ආදිවාසී හෝ ටොරෙස් ස්ට්‍රේට් දූපත් සම්භවයක් ඇත්තෙක්ද? ඔව් නැහැ (නැහැ නම්, 4 වන ප්‍රශ්නය වෙත යන්න)
ඔව් නම්, ඔබ ආදිවාසිකයෙක්ද ටොරෙස් ස්ට්‍රේට් දූපත් සම්භවයක් ඇත්තෙක්ද ආදිවාසී සහ ටොරෙස් ස්ට්‍රේට් දූපත් සම්භවයක් ඇත්තෙක්ද

4 ඔබේ පියයුරු පරීක්ෂණයේ ප්‍රතිඵල ඔබ වෙත එවනු ලැබේ. ඔබේ වෛද්‍යවරයා/වෛද්‍යවරුන්ට හෝ පියයුරු විශේෂඥයා වෙතද එහි පිටපතක් යැවීමට ඔබ කැමති නම් ඔවුන්ගේ විස්තර පහතින් සඳහන් කරන්න.

වෛද්‍යවරයා _____
 විකිත්සාගාරයේ නම _____

 ලිපිනය _____

 _____ නැපැල් කේතය (Postcode) _____
 දුරකථන අංකය _____

වෛද්‍යවරයා _____
 විකිත්සාගාරයේ නම _____

 ලිපිනය _____

 _____ නැපැල් කේතය (Postcode) _____
 දුරකථන අංකය _____

BreastScreen Victoria විසින් ගර්භණී හෝ ප්‍රදරාවන්ට මව් කිරි දෙන කාන්තාවන් සඳහා පියයුරු පරීක්ෂණ කරනු නොලැබේ. පියයුරු පරීක්ෂණය කරගැනීම සඳහා මව් කිරි දීම නවතා මාස තුනක් ගතවනතුරු සිටින ලෙස ඔබට අප නිර්දේශ කරන්නෙමු.

5 ඔබ ගර්භණීද, නැතහොත් ඔබ ගර්භණී වීමට ඉඩ තිබේද? ඔව් නැහැ

6 ඔබ ගර්භණීද? ඔව් නැහැ

7 ඔබ දැනට හෝමෝන ප්‍රතිසම්පාදන ප්‍රතිකාර (HRT) පාවිච්චි කරනවාද? ඔව් නැහැ (නැහැ නම්, 8 වන ප්‍රශ්නය වෙත යන්න)
ඔව්, නම්, ඔබ HRT පාවිච්චිය පටන් ගත්තේ ඔබ අනතිමට ගත් පියයුරු මැමොග්‍රෑෆියට පසුවද? ඔව් නැහැ

8 ඔබේ අනතිම මැමොග්‍රෑෆිය ලබාගත්තේ BreastScreen Victoria වැඩ සටහනෙන් පිටතද? ඔව් නැහැ (නැහැ නම්, 9 වන ප්‍රශ්නය වෙත යන්න)
ඔව් නම්, ස්ථානය සහ දිනය (මාසය සහ අවුරුද්ද) ලියන්න, ආසන්න වශයෙන් චුවද කමක් නැත.

ස්ථානය දිනය /
M M Y Y Y Y

9 ඔබේ පවුලේ කිසියම් සාමාජිකයෙකු (ලේ ප්‍රෝබ්ලිම්) කවරදැයි හෝ පියයුරු පිළිකා වැළඳී තිබේද?

මේ අය පමණක් ඇතුළත් කරන්න: මව, පියා, සහෝදරිය, සහෝදරයා, දුව, පුතා, නෑන්දා, මාමා, අභි සොහොයුරිය, අභි සොහොයුරා , ආච්චි, ආතා, ලේලිය, වෑනා.

ඔව් නැහැ නොදන්නම්

ඔව් නම්, කරුණාකර පහත වගුව පුරවන්න:

පවුලේ සාමාජිකයා (උදාහරණයක් ලෙස මව් පාර්ශවයේ)	පිළිකාව සොයා ගත් වයස (අභිමත නම්, කරුණාකර ආසන්න වශයෙන් සඳහන් කරන්න)	පියයුරු පිළිකාව සොයා ගත් ස්ථානය			පවුලේ කොයි පාර්ශවයේද	
		එක පියයුරක	පියයුරු දෙකේම	නොදනී	මව් පාර්ශවය	පිය පාර්ශවය
_____	_____	<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 සහ 11 වන ප්‍රශ්න අදාළ වන්නේ බිම්බාබාර් පිළිකා ගැන පමණි ම අනෙකුත් උදුර, ගැබ්ගෙල, හෝ ගර්භාෂ පිළිකා ගැන නොවේ.

10 ඔබේ කිසියම් ලේ ප්‍රෝබ්ලිම් බිම්බාබාර් පිළිකා වැළඳී තිබේද?

ඔව් නැහැ නොදන්නම්

මේ අය පමණක් ඇතුළත් කරන්න: මව, සහෝදරිය, දුව, නෑන්දා, අභි සොහොයුරිය, ආච්චි, හෝ ලේලිය.

ඔව් නම්, කරුණාකර පහත වගුව පුරවන්න:

පවුලේ සාමාජිකයා	මව් පාර්ශවය	පිය පාර්ශවය
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 ඔබට බිම්බාබාර් පිළිකා මීට පෙර වැළඳී තිබේද?

ඔව් නැහැ

12 ඔබට පියයුරු පිළිකා හෝ DCIS (පූර්ව-පිළිකා) මීට පෙර වැළඳී තිබේද?

ඔව් නැහැ (නැහැ නම්, 13 වන ප්‍රශ්නය වෙත යන්න) කොයි පියයුරුද (පියයුරුද)? දකුණු වම්

ඔව් නම්, ඔබේ පියයුරු සඳහා කළ ප්‍රතිකාරය

පියයුරු සංරක්ෂණ ශල්‍යකර්ම (ගැටය ඉවත් කිරීම)

Mastectomy (පියයුරු ඉවත් කිරීම)

වෙනත් _____

ඔබට රෝග විනිශ්චය කරන ලද්දේ

Y Y Y Y

13 ඔබට මීට පෙර පියයුරු ශල්‍යකර්ම සිදුකර තිබේද (පියයුරු රෝපණය breast implants හැර)

ඔව් නැහැ දකුණු වම්

ඔව් නම්, පසුගිය වසර දෙක තුළ වසර දෙකකට වඩා කලින් වසර දෙකකට වඩා කලින් නම්, ආසන්න වශයෙන් කොයි වසරේද?
Y Y Y Y

BreastScreen ගනු පිළිකා රෝග ලක්ෂණ නැති, හිරෝගී කාන්තාවන් සඳහා වැඩිපටහකි. ඔබට රෝග ලක්ෂණ ඇත්නම්, BreastScreen වෙත පැමිණීමට පෙර කරුණාකර ඔබේ වෛද්‍යවරයා හමු වෙන්න.

14 ඔබට ස්පර්ශයට පුහුණු පියයුරු ගැට පෑ තිබේද?

ඔව් නැහැ (නැහැ නම්, 15 වන ප්‍රශ්නය වෙත යන්න)
 දකුණු වම්
 ඔව් නැහැ
 ඔව් නැහැ

ඔව් නම්, ගැටය තිබෙන්නේ කොයි පියයුරේද?

එම ගැටය මතු වී මාස 12කට අඩුද?

ඔබේ වෛද්‍යවරයා ගැටය පරීක්ෂා කර බැලුවාද?

15 ඔබට පෑන් ලේ පැල්ලම් සහිත හෝ ඊසායා තනපුඩුවෙන් ගලා යාමක් තිබේද?

ඔව් නැහැ (නැහැ නම්, 16 වන ප්‍රශ්නය වෙත යන්න)
 ලේ පැල්ලම් සහිත පැන්ලිම්/ඊසායා
 දකුණු වම්
 ඔව් නැහැ
 ඔව් නැහැ

ඔව් නම්, තනපුඩුවෙන් ගලායාම ලේ පැල්ලම් සහිතව පැන්ලිම්/ඊසායා ගලායාමක්ද?

තනපුඩුවෙන් ගලායාම ඇත්තේ කොයි පියයුරේද?

තනපුඩුවෙන් ගලායාම මතු වී මාස 12කට අඩුද?

ඔබේ වෛද්‍යවරයා තනපුඩුවෙන් ගලායාම පරීක්ෂා කර බැලුවාද?

16 ඔබට පෑන් වෙනත් පියයුරු රෝග ලක්ෂණ තිබේද?

ඔව් නැහැ දකුණු වම් (නැහැ නම්, 17 වන ප්‍රශ්නය වෙත යන්න)

ඔව් නම්, කරුණාකර එ ගැන නියම වශයෙන් සඳහන් කරන්න _____

17 BreastScreen Victoria තොරතුරු පත්‍රිකාවේ සඳහන් පරිදි, ඔබේ පියයුරු සේකාරයා සහ ඊට සම්බන්ධ ලිපි ගොනු සංස්කරණය කිරීම සහ ඔබට සත්කාර ලබා දීම සඳහා BreastScreen Victoria විසින් ලබා ගැනීම හෝ ප්‍රවෘත්තිය කරගැනීමට ඔබ අනුමැතිය දෙන්නාද?

ඔව් නැහැ

BreastScreen Victoria තොරතුරු පත්‍රිකාවේ විසින් කියවා තේරුම්ගත් බව පහත අත්සන් කිරීම මගින් මම පිළිගනිමි. මෙම පෝරමයේ ඇතුළත් කරුණු නිවැරදි බව මම පිළිගනිමි. BreastScreen වැඩසටහනට සහභාගී වීමට මම එකඟ වෙමි. මට ප්‍රශ්න ඇතිවුවහොත්, මාගොනුම් පරීක්ෂණය නැවැත්වීමට හෝ වැඩසටහනෙන් ඉවත් වීමට හැකියාව තිබෙන බව මම තේරුම් ගනිමි.

අත්සන් දිනය / /
D D M M Y Y Y Y

නම _____