

### 遗传性癌症综合征的风险评估

客户姓名: \_\_\_\_\_

出生年月: \_\_\_\_\_

日 期: \_\_\_\_\_

说明: 请完成以下表格的信息采集。在每个陈述旁边, 请列出与您的关系和诊断年龄。应考虑亲属范围包括您自身和以下家庭成员:

母亲 父亲 兄弟姐妹 子女 父亲的叔叔/阿姨 母亲的叔叔/阿姨 父母亲兄弟姐妹的子女 侄女/侄子 外祖父/外祖母 祖母/祖父

每个项目都应该单独回答, 因此当您回答这些问题时, 可能会多次列出相同的癌症诊断。这是遗传性癌症综合征的共同特征的筛选工具。可以与您的医疗保健专业人员分享此信息, 以帮助确定您的遗传性癌症风险。

		乳腺癌和卵巢癌	自己	家庭成员	确诊时年龄
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	50 岁以前患乳腺癌			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	卵巢癌			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	两种主要且不相关的乳腺癌发生在同一人或父母某一方的家庭内			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	男性乳腺癌			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	三阴性乳腺癌* (ER-, PR-, HER2-病理学)			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	胰腺癌伴随乳腺癌或卵巢癌发生在同一人或一方家庭中			

		结肠癌和子宫癌	自己	家庭成员	确诊时年龄
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	50 岁前患子宫 (子宫内膜) 癌症			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	50 岁前的结直肠癌			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	两个或多个 Lynch 相关癌症*发生在同一个人或同一方家庭			

\*Lynch 相关癌症包括: 结肠癌、子宫 (子宫内膜) 癌、胃癌、卵巢癌、胰腺癌、脑癌、小肠癌、肾癌、泌尿道癌、胆道癌和皮脂腺 (皮肤腺) 癌。

		多发性综合征	自己	家庭成员	确诊时年龄
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10 个或更多 (终身) 结肠直肠腺瘤 (结肠息肉) 患者			

黑色素瘤		自己	家庭成员	确诊时年龄
<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否	两种或更多种黑色素瘤发生在个人或一方家庭		
<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否	黑色素瘤和胰腺癌发生在个人或一方家庭		
<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否	您或家中的任何成员是否曾因遗传性癌症风险而接受过检测？如果有，请说明：_____		

客户签字：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

<u>仅限内部使用</u>		
<input type="checkbox"/> 进一步风险评估和/或基因检测：	<input type="checkbox"/> 患者提供基因检测： <input type="checkbox"/> 接受 <input type="checkbox"/> 拒绝	
<input type="checkbox"/> HBOC <input type="checkbox"/> Lynch <input type="checkbox"/> 息肉病 <input type="checkbox"/> 黑色素瘤	医疗保健专业人员的签名_____	
<input type="checkbox"/> 给予患者复查的信息		日期_____
<input type="checkbox"/> 预约后续预约 日期_____		

\*为了更好地了解三阴性乳腺癌，请咨询您的医疗保健提供者。