

## INFORMAČNÝ DOTAZNÍK – NÁDOROVÉ OCHORENIA

Meno, priezvisko		Vek	
Rodné číslo		Tel. číslo	

Na základe rozboru osobnej a rodinnej anamnézy pacienta/ky z dodaných anamnestických údajov a výsledku genetického vyšetrenia, bude vyhodnotené riziko pre vznik nádorového ochorenia prsníka/vaječníkov a odporúčaná vhodná dispenzarizácia, resp. odporúčanie k ďalšiemu genetickému vyšetreniu. **Z tohto dôvodu venujte prosím vyplneniu zvýšenú pozornosť.**

### OSOBNÁ ANAMNÉZA

Prekonané choroby v detstve						
Súčasná ochorenia						
Operácie	Rok		Typ zákroku			
	Rok		Typ zákroku			
	Rok		Typ zákroku			
	Rok		Typ zákroku			
Fajčenie	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno	Cigarety denne		Alkohol	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno

### GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Prvá menštruácia - vek		Menopauza - vek						
Cyklus	<input type="checkbox"/> pravidelný	<input type="checkbox"/> nepravidelný						
Užívanie antikoncepcie/hormonálna terapia	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno	Preparát					
Tehotenstvo	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno	Celkom počet					
Pôrody	Rok		Rok		Rok		Rok	
Spontánne potraty	Rok		Rok		Rok		Rok	
Umelé prerušenie tehotenstva	Rok		Rok		Rok		Rok	

### ONKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Absolvovali ste v minulosti Vy alebo Vaši príbuzní genetické vyšetrenie na nádorové ochorenie?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno		
Máte/mali ste diagnostikované nádorové ochorenie prsníka	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno	Vek v čase diagnózy	
Typ nádoru	<input type="checkbox"/> Jednostranný	<input type="checkbox"/> Obojstranný	Histologický typ	
Máte/mali ste diagnostikované nádorové ochorenie vaječníkov	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno	Vek v čase diagnózy	
Typ nádoru	<input type="checkbox"/> Jednostranný	<input type="checkbox"/> Obojstranný	Histologický typ	
Máte/mali ste diagnostikované iné nádorové ochorenie	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno	Vek v čase diagnózy	
Typ nádoru				

### RODINNÁ ANAMNÉZA

**Maternálna vetva rodiny** (Pokiaľ pôjde o karcinóm prsníka/vaječníkov, napíšte, či bol jednostranný alebo obojstranný)

Zhubné nádorové ochorenie u matky	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno	Vek v čase diagnózy		Žije	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno
	<input type="checkbox"/> Neviem						
Typ nádorového ochorenia							



GHC GENETICS SK

Zhubné nádorové ochorenie u matkinej matky	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nevie	Vek v čase diagnózy	Žije	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno
Typ nádorového ochorenia				
Zhubné nádorové ochorenie u matkinho otca	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nevie	Vek v čase diagnózy	Žije	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno
Typ nádorového ochorenia				
Zhubné nádorové ochorenie u matkiných súrodencov	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nevie	Vek v čase diagnózy	Žije	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno
Súrodenecký vzťah				
Typ nádorového ochorenia				
<b>Paternálna vetva rodiny (Pokiaľ pôjde o karcinóm prsníka/vaječníkov, napíšte, či bol jednostranný alebo obojstranný)</b>				
Zhubné nádorové ochorenie u otca	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nevie	Vek v čase diagnózy	Žije	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno
Typ nádorového ochorenia				
Zhubné nádorové ochorenie u otcovej matky	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nevie	Vek v čase diagnózy	Žije	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno
Typ nádorového ochorenia				
Zhubné nádorové ochorenie u otcovho otca	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nevie	Vek v čase diagnózy	Žije	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno
Typ nádorového ochorenia				
Zhubné nádorové ochorenie u otcových súrodencov	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nevie	Vek v čase diagnózy	Žije	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno
Súrodenecký vzťah				
Typ nádorového ochorenia				
<b>Vaši súrodenci (Pokiaľ pôjde o karcinóm prsníka/vaječníkov, napíšte, či bol jednostranný alebo obojstranný)</b>				
Zhubné nádorové ochorenie u súrodencov	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nevie	Vek v čase diagnózy	Žije	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno
Súrodenecký vzťah				
Typ nádorového ochorenia				
<b>Vaše deti (Pokiaľ pôjde o karcinóm prsníka/vaječníkov, napíšte, či bol jednostranný alebo obojstranný)</b>				
Zhubné nádorové ochorenie u detí	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nevie	Vek v čase diagnózy	Žije	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno
Vzťah				
Typ nádorového ochorenia				
Dátum	Podpis pacienta			
Týmto potvrdzujem správnosť vyplnených údajov				