

INFORMAČNÝ DOTAZNÍK – NÁDOROVÉ OCHORENIA

Meno, priezvisko		Vek	
Rodné číslo		Tel. číslo	

Na základe rozboru osobnej a rodinnej anamnézy pacienta z dodaných anamnestických údajov a výsledku genetického vyšetrenia, môže byť vyhodnotenéné riziko vzniku nádorového ochorenia prsníka/vaječníkov a doporučený vhodný preventívny manažment. Z tohto dôvodu venujte prosím vyplneniu zvýšenú pozornosť.

OSOBNÁ ANAMNÉZA

Prekonané choroby v detstve			
Súčasné 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
Spontánne potraty	Rok		Rok
Umelé prerušenie tehotenstva	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
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
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
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							

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

Súrodenecký vzťah					
-------------------	--	--	--	--	--

Typ nádorového ochorenia					
--------------------------	--	--	--	--	--

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

Zhubné nádorové ochorenie u otca	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Neviem	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"/> Neviem	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"/> Neviem	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"/> Neviem	Vek v čase diagnózy		Žije	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno
---	--	---------------------	--	------	---

Súrodenecký vzťah					
-------------------	--	--	--	--	--

Typ nádorového ochorenia					
--------------------------	--	--	--	--	--

Vaši súrodenci (Pokiaľ pôjde o karcinóm prsníka/vaječníkov, napíšte, či bol jednostranný alebo obojstranný)

Zhubné nádorové ochorenie u súrodencov	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Neviem	Vek v čase diagnózy		Žije	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno
--	--	---------------------	--	------	---

Súrodenecký vzťah					
-------------------	--	--	--	--	--

Typ nádorového ochorenia					
--------------------------	--	--	--	--	--

Vaše deti (Pokiaľ pôjde o karcinóm prsníka/vaječníkov, napíšte, či bol jednostranný alebo obojstranný)

Zhubné nádorové ochorenie u detí	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Neviem	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