



Ankieta dla członków rodzin obciążonych chorobami nowotworowymi

Onkologiczna Poradnia Genetyczna dla Osób z Predyspozycją Rodzinną do Wystąpienia Nowotworu

**ZAKŁAD PROFILAKTYKI I PROMOCJI ZDROWIA
CENTRUM ONKOLOGII w BYDGOSZCZY
UL. DR I. ROMANOWSKIEJ 2
85-796 BYDGOSZCZ**

REJESTRACJA TEL.: 52/ 374 38 80

*tel. 52/ 374 35 96 (poradnia); 52/ 374 32 38 (sekretariat)
e-mail: genetyka@co.bydgoszcz.pl*

Onkologiczna Poradnia Genetyczna prowadzi badania osób z rodzinną historią występowania choroby nowotworowej, mające na celu wykrycie i objęcie opieką lekarską osób z podwyższonym ryzykiem zachorowania na raka.

Badania genetyczne pozwolą wykryć zagrożenia nowotworowe na kilka lub kilkanaście lat przed pojawieniem się objawów klinicznych, co zwiększa szansę na całkowite wyleczenie.

Prosimy o wypełnienie ankiety-tabeli na odwrotnej stronie. Proszę wpisać wszystkich członków rodziny, a w przypadku chorujących (bądź zmarłych) na raka podać imię i nazwisko, nazwisko rodowe, adres (lub miejsce urodzenia). Jeśli dysponują Państwo wypisami szpitalnymi lub wynikami histopatologicznymi dotyczącymi zachorowań członków rodziny, proszę zabrać je ze sobą.

Na wizytę w proszę zabrać ze sobą dokument tożsamości, skierowanie do Poradni oraz ostatnie wyniki badań.

- Wyrażam zgodę na przekazanie moich danych do celów naukowych po anonimizacji.

.....
Data i podpis pacjenta

.....
Podpis osoby przyjmującej Ankiety



Ankieta dla członków rodzin obciążonych chorobami nowotworowymi

NAZWISKO I IMIĘ ur.:

ADRES (dokładny + tel.)

Czy Pan(-i) choruje bądź chorował(-a), na schorzenie nowotworowe? Jeśli tak, to jakie i w jakim wieku wykryto pierwsze objawy?.....

Pana(i) krewni	liczba osób	rok urodzenia	czy chorował na nowotwory (wpisać TAK, NIE, NIE WIEM)	lokalizacja nowotworu (zajęty narząd)	wiek zachorowania	żyje lub zmarł (wiek)	uwagi
Bracia							
Siostry							
Synowie							
Córki							
Wnuki i wnuczki							
OJCIEC							
Bracia ojca							
Siostry ojca							
Dziadek ze str. ojca							
Babcia ze str. ojca							
MATKA							
Bracia matki							
Siostry matki							
Dziadek ze str. matki							
Babcia ze str. matki							

DLA KOBIET:

Wiek pierwszej miesiączki:.....;

Porody (ile):.....;

Jak długo karmienie piersią:.....;

Data (lub wiek) ostatniej miesiączki:.....;

Poronienia (ile):.....;

Leki hormonalne, antykoncepcja(jakie, jak długo):.....

.....
Data i podpis pacjenta