

Q9 هل تمّ تشخيص إحدى النساء في عائلتك (قرباة الدم) بسرطان الثدي في وقت ما؟

فقط قومي بتضمين: الأم، والأب، والأخت، والأخ، والابنة، والابن، والعمة/الخالة، والأخت غير الشقيقة، والأخ غير الشقيق، والجدّة، والجد، وإبنة الأخ/إبنة الأخت، وإبن الأخ/إبن الأخت.

نعم لا لا أعرف

إذا أُجبت **بـ نعم**، الرجاء اكمل الجدول التالي:

من طرف العائلة		أين وُجد سرطان الثدي			العمر الذي تمّ تشخيص السرطان (إذا لم تكوني متأكدة، الرجاء اعطي جواباً تقديرياً)	فرد من العائلة (مثال الأم)
من طرف الأب	من طرف الأم	غير معروف	كلاهما	ثدي واحد		
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						

Questions 10 و 11 يتعلقان فقط بسرطان المبيض؛ ليس سرطاناً آخر كالبن، أو عنق الرحم أو الرحم.

نعم لا لا أعرف

Q10 هل تمّ تشخيص إحدى القربيات بالدم بسرطان المبيض في وقت ما؟

فقط قومي بتضمين: الأم، والأخت، والابنة، والعمة/الخالة، والأخت غير الشقيقة، والجدّة، وإبنة الأخ/إبنة الأخت. اگر جواب **نعم** باشد، لطفا جدول ذيل را تکميل کنيد:

فرد من العائلة		من طرف الأم	من طرف الأب
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

نعم لا

Q11 هل تمّ تشخيصك بسرطان المبيض في الماضي؟

(إذا أُجبت **بـ لا**، اذهبي الى السؤال Q13)

نعم لا

Q12 هل تمّ تشخيصك بسرطان الثدي أو DCIS (مرحلة ما قبل السرطان) في الماضي؟

أي ثدي (ثديين)؟ اليمين اليسار

إذا أُجبت **بـ نعم**، هل تمّت معالجة ثديك عن طريق:

جراحة الحفاظ على الثدي (استئصال الكتلة)

جراحة استئصال الثدي (استئصال الثدي)

معالجة أخرى، الرجاء حدّد

في أي سنة تمّ تشخيصك؟

السنة السنة السنة السنة

اليمين اليسار

السنة السنة السنة السنة

نعم لا

Q13 هل أُجريت جراحة على أي من الثديين (باستثناء زراعة الثدي)؟

إذا أُجبت **بـ نعم** خلال السنتين الماضيتين أكثر من سنتين سابقتين إذا كان أكثر من سنتين، أية سنة تقريباً؟

برنامج BreastScreen Victoria مخصص للنساء اللواتي ليس لديهن أعراض.

إذا لاحظت تغييرات في ثديك، فاستشري طبيبك في أقرب وقت ممكن.

Q14 هل لديك كتلة (كتل) في ثديك تشعرين بها الآن؟

إذا أُجبت **بـ نعم** باشد، في أي ثدي توجد فيه الكتلة؟

هل الكتلة موجودة لمدة أقل من 12 شهراً؟

هل فحص طبيبك الكتلة؟

(إذا أُجبت **بـ لا**، اذهبي الى السؤال Q15)

نعم لا

اليمين اليسار

نعم لا

نعم لا

(إذا أُجبت **بـ لا**، اذهبي الى السؤال Q16)

نعم لا

صافي/مائي

اليمين اليسار

نعم لا

نعم لا

Q15 هل لديك إفراز من الحلمة الآن ملطخ بالدم أو مائي؟

إذا أُجبت **بـ نعم**، هل إفراز الحلمة ملطخ بالدم أو صافي/مائي؟

أي ثدي فيه إفراز من الحلمة؟

هل إفراز الحلمة موجود لمدة أقل من 12 شهراً؟

هل فحص طبيبك إفراز الحلمة؟

اليمين اليسار

Q16 هل لديك أي أعراض أخرى في الثدي الآخر؟

(إذا أُجبت **بـ لا**، اذهبي الى السؤال Q17) إذا أُجبت **بـ نعم**، الرجاء حدّد

Q17 هل يمكن لـ BreastScreen Victoria جمع صور الثدي السابقة والملفات ذات الصلة من مقدمي الخدمات الصحية الآخرين، ومشاركة صور الثدي والملفات ذات الصلة مع مقدمي الخدمات الصحية الآخرين لأغراض المقارنة ولرعايتك؟ ستقوم BreastScreen Victoria بجمع ومشاركة صور ثديك والملفات ذات الصلة وفقاً لسياسة الخصوصية وورقة المعلومات الموجودة على www.breastscreen.org.au/privacy نعم لا

بتوقيعي أدناه أقر بأنني قرأتُ وفهمتُ ورقة معلومات BreastScreen Victoria. أقر بأنّ المعلومات الموجودة في هذه الاستمارة هي صحيحة. أوافق على المشاركة في برنامج BreastScreen. أفهم بأنني أستطيع طرح الأسئلة، وإيقاف فحص الأشعة للثدي (الموجرام) أو الانسحاب من البرنامج في أي وقت كان.

التوقيع الاسم

التاريخ

السنة السنة السنة السنة السنة الشهر الشهر اليوم اليوم