

登记表 & 同意书



请使用大写字母书写或 ☒ 并签字。请检查预先填好的信息并在需要更新处进行更新。例如：☒ 是 ☒ 不是

你的个人信息受法律保护，相关法案包括2001年健康记录法案(维州) (the Health Records Act 2001 (Vic)) 我们须在遵循2014年增进抗癌成果法案 (Improving Cancer Outcomes Act 2014) 的前提下收集信息来提供乳腺癌筛查和检测服务。你的信息可能被用于为我们的乳腺癌筛查，内部培训和乳腺癌研究项目筹集资金，项目策划以及监测管理。访问 breastscreen.org.au/privacy 在线阅读我们的隐私政策。

请在下面提供详细信息，以便我们可以用来联系您，并以 BreastScreen Victoria 的身份给您留言。

☐ 夫人	☐ 小姐	☐ 女士	☐ 其他	出生日期							
				日	日	月	月	年	年	年	年
姓				手机号码							
名				其他号码							
原姓											
电子邮件											
家庭住址											
邮寄地址 (如果与家庭住址不同)											

Q1 出生国家

Q2 您在家说除英语以外的另外一种语言吗?

☐ 是 ☐ 不是 (如果不是, 请转至Q3作答)

如果是, 请问您在家主要说何种语言?

Q3 您是原住民或托雷斯海峡岛民吗?

☐ 是 ☐ 不是 (如果不是, 请转至Q4作答)

如果是, 那么您是 ☐ 原住民 ☐ 托雷斯海峡岛民 ☐ 原住民和托雷斯海峡岛民

Q4 我们将把您的乳腺筛查结果寄给您。如果您希望我们另寄一份筛查结果给您的医生 (们) 或乳腺专科医生, 请在下面 提供他们的详细信息。

医生		医生	
诊所名		诊所名	
地址		地址	
邮编		邮编	
电话号码		电话号码	

BreastScreen Victoria 不筛查怀孕的或正在哺乳的妇女

Q5 您是否已经、或可能怀孕了吗?

☐ 是 ☐ 不是

Q6 您正在哺乳吗?

☐ 是 ☐ 不是

Q7 您目前是否正在接受激素替代疗法 (HRT)?

☐ 是 ☐ 不是 (如果不是, 请转至Q8作答)

如果是, 请问您是在上一次乳腺 x 光检查之后开始接受 HRT 的吗?

☐ 是 ☐ 不是

Q8 您上一次乳腺筛查 (X光) 是在 BreastScreen Victoria 以外的机构进行的吗?

☐ 是 ☐ 不是 (如果不是, 请转至Q9作答)

如果是, 请提供地点和日期 (月份和年份), 大概情况即可。

地点

日期

Q9 您是否有任何与您有血缘关系的亲属被诊断过患有乳腺癌？

仅限于：母亲、父亲、姐妹、兄弟、女儿、儿子、姨妈 / 姑妈 / 小姨 / 姑姑、叔叔 / 伯伯 / 舅舅、同父异母或同母异父姐妹、同父异母或同母异父兄弟、祖母 / 外祖母、祖父 / 外祖父、外甥女 / 侄女或外甥 / 侄子。

☐ 是 ☐ 不是 ☐ 不知道

如果是，请填写下表：

家庭成员 (例如：母亲)	发现患癌的年龄 (如不确定，请填写下大概时间)	发现患癌的部位			父 / 母亲家族	
		一侧乳房	两侧乳房	不知道	母亲家族	父亲家族
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐

第 10 和 11 题仅指卵巢癌；而非其他腹部、子宫颈或子宫癌。

Q10 您是否有任何与您有血缘关系的亲属被诊断过患有卵巢癌？

仅限于：母亲、姐妹、女儿、姨妈 / 姑妈 / 小姨 / 姑姑、同父异母或同母异父姐妹、祖母 / 外祖母、外甥女 / 侄女或外甥 / 侄子。

如果是，请填写下表：

家庭成员	母亲家族	父亲家族
	☐	☐
	☐	☐

Q11 您过去患过卵巢癌吗？

☐ 是 ☐ 不是

Q12 您过去患过乳腺癌或 DCIS (癌前期) 吗？

如果是，那么您当时的乳房治疗方式是

哪一边乳房 (双乳房)？ ☐ 右乳 ☐ 左乳

☐ 保留乳房手术 (摘除肿块)

☐ 乳房切除术 (切除乳房)

☐ 其他，请说明

您是在哪一年被确诊的？

Q13 您以前做过乳房手术吗 (不包括隆胸)？

☐ 是 ☐ 不是 ☐ 右乳 ☐ 左乳

如果是，☐ 在过去两年里 ☐ 两年多以前 如果超过两年时间，大概是在哪一年？

BreastScreen 是针对没有乳腺癌症状的健康妇女的检查项目。

如果您有症状，请在参加 BreastScreen 之前先去看医生

Q14 现在您能摸到乳房肿块吗？

如果是，肿块在哪一边的乳房？

肿块存在时间是否不到 12 个月？

您的医生是否已检查过肿块？

Q15 现在您有带血丝或水样的乳头渗液吗？

如果是，乳头渗液是否带血或透明 / 水样？

哪一边的乳房有乳头渗液？

乳头渗液存在时间是否不到 12 个月？

您的医生是否已检查过乳头渗液？

Q16 现在您还有其它乳腺癌症状吗？

☐ 是 ☐ 不是 ☐ 右乳 ☐ 左乳

(如果不是，请转至 Q17 作答) 如果是，请写明

Q17 BreastScreen Victoria 可以从其他健康服务提供商处收集您以往的乳房图片和相关资料，并和其他健康服务提供商交流您以往的乳房图片和相关资料，以供您对比及自我护理之用吗？ BreastScreen Victoria 将遵循我们的隐私政策和信息说明表来收集或交流您的乳房图片和相关资料，详情访问 www.breastscreen.org.au/privacy

本表格一经签署，即表明本人确认已阅读并理解 BreastScreen Victoria 信息说明表中的内容。本人确认本表格中的信息正确。本人同意参加 BreastScreen 计划。本人明白本人可以提出问题，停止筛查性乳房 X 光检查或随时退出计划。

签名

日期

姓名