

Έντυπα Εγγραφής & Συναίνεσης

Χρησιμοποιήστε ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ ή ☒ υπογράψτε. Ελέγξτε τις προσυμπληρωμένες πληροφορίες και ενημερώστε όπως απαιτείται.

Για παράδειγμα: ☒ Ναι ☒ Όχι

Οι προσωπικές σας πληροφορίες προστατεύονται από το νόμο, συμπεριλαμβανομένου του Νόμου περί Μητρώων Υγείας του 2001 (Vic.) (Health Records Act 2001 (Vic)). Πρέπει να συλλέξουμε πληροφορίες βάσει του Νόμου Βελτίωσης Αποτελεσμάτων του Καρκίνου του 2014 (Improving Cancer Outcomes Act 2014) για να παρέχουμε προληπτικό έλεγχο και αξιολόγηση για τον καρκίνο του μαστού. Οι πληροφορίες σας ενδέχεται να χρησιμοποιηθούν για σκοπούς χρηματοδότησης, σχεδιασμού και παρακολούθησης του προγράμματός μας και διεξαγωγής εκπαίδευσης και έρευνας για τον καρκίνο του μαστού και τον προληπτικό έλεγχο του μαστού. Διαβάστε την Πολιτική μας Πολιτική Απορρήτου στο διαδίκτυο στο breastscreen.org.au/privacy

Τα στοιχεία που παρέχονται παρακάτω ενδέχεται να χρησιμοποιηθούν για να επικοινωνήσουμε μαζί σας και να αφήσουμε ένα μήνυμα που να μας αναγνωρίζει ως τη BreastScreen Victoria.

☐ Κυρία	☐ Δις	☐ Κυρία	☐ Άλλο _____	Ημερομηνία γέννησης							
					H	H	M	M	E	E	E
Επώνυμο _____				Αρ. κινητού τηλ. _____							
Όνομα _____				Επιπλέον τηλ. _____							
Επώνυμο κατά τη γέννηση _____											
Email _____											
Διεύθυνση κατοικίας _____											
Ταχυδρομική διεύθυνση (Αν είναι διαφορετική από τη διεύθυνση κατοικίας) _____											

Q1 Χώρα γέννησης

Q2 Μιλάτε άλλη γλώσσα εκτός από την αγγλική στο σπίτι; ☐ Ναι ☐ Όχι (Αν Όχι, πηγαίνετε στην Q3)

Αν Ναι, ποια είναι η κύρια γλώσσα εκτός από την αγγλική που μιλάτε στο σπίτι;

Q3 Είστε Αβορίγινας ή Νησιώτης του Στενού Τόρες; ☐ Ναι ☐ Όχι (Αν Όχι, πηγαίνετε στην Q4)

Αν Ναι, είστε ☐ Αβορίγινας ☐ Νησιώτης του Στενού Τόρες ☐ Αβορίγινας και Νησιώτης του Στενού Τόρες

Q4 Τα αποτελέσματα από τον έλεγχο μαστού (μαστογραφία) θα σας σταλούν. Αν θέλετε επίσης να σταλεί αντίγραφο στο/στη γιατρό ή τους ειδικούς σας γιατρούς μαστού, δώστε τα στοιχεία τους παρακάτω.

Γιατρός _____ Όνομα κλινικής _____ _____ Διεύθυνση _____ _____ Ταχυδρομικός κώδικας _____ Αριθμός τηλεφώνου _____	Γιατρός _____ Όνομα κλινικής _____ _____ Διεύθυνση _____ _____ Ταχυδρομικός κώδικας _____ Αριθμός τηλεφώνου _____
--	--

Η BreastScreen Victoria δεν διεξάγει έλεγχο στις γυναίκες που είναι έγκυες ή θηλάζουν.

Q5 Είστε ή υπάρχει περίπτωση να είστε έγκυος; ☐ Ναι ☐ Όχι

Q6 Θηλάζετε; ☐ Ναι ☐ Όχι

Q7 Χρησιμοποιείτε αυτήν τη στιγμή Θεραπεία Ορμονικής Υποκατάστασης (HRT); ☐ Ναι ☐ Όχι (Αν Όχι, πηγαίνετε στην Q8)

Αν Ναι, ξεκινήσατε να χρησιμοποιείτε HRT μετά τον τελευταίο σας έλεγχο μαστού (μαστογραφία);

☐ Ναι ☐ Όχι

Q8 Ήταν ο τελευταίος σας έλεγχος μαστού (μαστογραφία) εκτός του προγράμματος BreastScreen Victoria; ☐ Ναι ☐ Όχι (Αν Όχι, πηγαίνετε στην Q9)

Αν Ναι, αναφέρετε την τοποθεσία και την ημερομηνία (μήνα και έτος), υπολογίστε περίπου πότε.

Τοποθεσία Ημερομηνία

Q9 Έχει διαγνωστεί ποτέ κάποιο από τα μέλη της οικογένειάς σας (συγγενείς εξ αίματος) με καρκίνο του μαστού;

Συμπεριλαμβάνονται μόνο: Μητέρα, πατέρας, αδελφή, αδελφός, κόρη, γιος, θεία, θείος, ετεροθαλής αδερφή, ετεροθαλής αδελφός, γιαγιά, παππούς, ανιψιά ή ανιψιός.

☐ Ναι ☐ Όχι ☐ Δεν γνωρίζω

Αν **Ναι**, συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα:

Μέλος της οικογένειας (Για παράδειγμα η μητέρα)	Ηλικία που διαγνώστηκε ο καρκίνος (Αν δεν είστε σίγουρη, υπολογίστε)	Σημείο που βρέθηκε ο καρκίνος του μαστού			Πλευρά της οικογένειας	
		Στον ένα μαστό	Και στους δύο	Άγνωστο	Από την πλευρά της μητέρας	Από την πλευρά του πατέρα
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐

Οι ερωτήσεις 10 και 11 αναφέρονται μόνο στον καρκίνο των ωοθηκών, όχι σε άλλο καρκίνο του κοιλιακού χώρου, του τραχήλου της μήτρας ή της μήτρας.

Q10 Έχει διαγνωστεί ποτέ κάποια από τις εξ αίματος συγγενείς σας με καρκίνο των ωοθηκών; ☐ Ναι ☐ Όχι ☐ Δεν γνωρίζω

Περιλαμβάνονται <u>μόνο</u> Μητέρα, αδερφή, κόρη, θεία, ετεροθαλή αδερφή, γιαγιά ή ανιψιά.	Μέλος της οικογένειας	Από την πλευρά της μητέρας	Από την πλευρά του πατέρα
Αν Ναι , συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα:		☐	☐
		☐	☐

Q11 Είχατε καρκίνο των ωοθηκών στο παρελθόν; ☐ Ναι ☐ Όχι

Q12 Είχατε καρκίνο του μαστού ή DCIS (πορογενές καρκίνωμα in situ) στο παρελθόν; ☐ Ναι ☐ Όχι (Αν Όχι, πηγαίνετε στην Q13)

Αν **Ναι**, αντιμετωπίστηκε ο μαστός σας με:

Ποιος μαστός;

☐ Εγχείρηση διατήρησης του μαστού (αφαίρεση όγκου)

☐ Μαστεκτομή (αφαίρεση μαστού)

☐ Άλλο (διευκρινίστε)

Ποιο έτος διαγνωστήκατε;

E E E E

Q13 Έχετε κάνει προηγουμένως εγχείρηση σε κάποιο μαστό (εξαιρούνται τα εμφυτεύματα μαστού); ☐ Ναι ☐ Όχι ☐ Δεξιός ☐ Αριστερός

Αν **Ναι**, ☐ Μέσα στα τελευταία δύο χρόνια ☐ Πάνω από δύο χρόνια πριν

Αν είναι πάνω από δύο χρόνια, ποιο έτος περίπου;

E E E E

Το πρόγραμμα BreastScreen Victoria είναι για γυναίκες χωρίς συμπτώματα στο μαστό. Αν παρατηρήσετε αλλαγές στο μαστό σας, επισκεφθείτε το γιατρό σας το συντομότερο δυνατό.

Q14 Έχετε όγκο (όγκους) στο μαστό που μπορείτε να αισθανθείτε τώρα; ☐ Ναι ☐ Όχι (Αν Όχι, πηγαίνετε στην Q15)

Αν **Ναι**, σε ποιο μαστό βρίσκεται ο όγκος;

Υπήρξε ο όγκος εκεί για λιγότερο από 12 μήνες;

Ο γιατρός σας εξέτασε τον όγκο;

☐ Δεξιός ☐ Αριστερός

☐ Ναι ☐ Όχι

☐ Ναι ☐ Όχι

Q15 Έχετε αιμοραγική έκκριση θηλής ή έκκριση υγρών θηλής τώρα; ☐ Ναι ☐ Όχι (Αν όχι, πηγαίνετε στην Q16)

Αν **Ναι**, είναι η έκκριση της θηλής αιμαραγική ή διαυγής/υδάτινη;

Ποιος μαστός έχει εκκρίσεις από τη θηλή;

Υπάρχει η έκκριση από τη θηλή για λιγότερο από 12 μήνες;

Ο γιατρός σας εξέτασε την έκκριση από τη θηλή;

☐ Αιμαραγική ☐ Διαυγής/υδάτινη

☐ Δεξιός ☐ Αριστερός

☐ Ναι ☐ Όχι

☐ Ναι ☐ Όχι

Q16 Έχετε άλλα συμπτώματα στο μαστό τώρα; ☐ Ναι ☐ Όχι ☐ Δεξιός ☐ Αριστερός

(Αν όχι, πηγαίνετε στην Q17) Αν **ναι**, διευκρινίστε

Q17 Επιτρέπετε στη BreastScreen Victoria να συλλέξει τις προηγούμενες σας απεικονίσεις μαστού και σχετικά αρχεία από άλλους παρόχους υπηρεσιών υγείας και να μοιραστεί τις απεικονίσεις του μαστού σας και τα σχετικά αρχεία σύμφωνα με την Πολιτική Απορρήτου και το Φύλλο Πληροφοριών που βρίσκεται στο www.breastscreen.org.au/privacy ☐ Ναι ☐ Όχι

Με την παρακάτω υπογραφή, αναγνωρίζω ότι έχω διαβάσει και κατανοήσει το Φύλλο Πληροφοριών της BreastScreen Victoria.

Αναγνωρίζω ότι οι πληροφορίες σε αυτό το έντυπο είναι σωστές. Συμφωνώ να συμμετάσχω στο πρόγραμμα της BreastScreen Victoria.

Κατανοώ ότι μπορώ να κάνω ερωτήσεις, να σταματήσω τον έλεγχο μαστού (μαστογραφία) ή να αποχωρήσω από το πρόγραμμα ανά πάσα στιγμή

Υπογραφή

Όνομα

Ημερομηνία

H H M M E E E E