

पंजीकरण एवं सहमति फ़ॉर्म



कृपया बड़े अक्षरों या ☒ का प्रयोग करें और हस्ताक्षर करें। कृपया पहले से भरी जानकारी की जाँच कर लें और ज़रूरी होने पर इसे अपडेट करें।
उदाहरणतः ☒ हाँ ☒ नहीं

आपकी निजी जानकारी स्वास्थ्य रिकॉर्ड्स अधिनियम (विक्टोरिया) Health Records Act 2001 (Vic) सहित कानून द्वारा संरक्षित है। ब्रेस्ट कैंसर स्क्रीनिंग और आकलन प्रदान करने के लिए हमें कैंसर परिणामों में सुधार करने से सम्बन्धित अधिनियम 2014 (Improving Cancer Outcomes Act 2014) के तहत जानकारी एकत्रित करनी होगी। आपकी जानकारी का प्रयोग हमारे कार्यक्रम को वित्त-पोषित, नियोजित करने और इसका निरीक्षण करने तथा प्रशिक्षण देने तथा ब्रेस्ट कैंसर तथा ब्रेस्ट स्क्रीनिंग में अनुसंधान करने के उद्देश्य के लिए किया जा सकता है। breastscreen.org.au/privacy पर हमारी गोपनीयता नीति ऑनलाइन पढ़ें।

प्रदान किए गए विवरण का प्रयोग आपसे संपर्क करने और BreastScreen Victoria के रूप में हमारी पहचान करके आपके लिए एक संदेश छोड़ने के लिए किया जा सकता है।

☐ श्रीमती	☐ कुमारी	☐ सुश्र	☐ अन्य _____	जन्म तिथि	/ /
कुलनाम _____				मोबाइल	_____
अन्य नाम _____				अतिरिक्त नम्बर	_____
जन्म के समय कुलनाम _____					
ई-मेल _____					
घर का पता _____					
डाक पता (यदि घर के पते से अलग हो तो) _____					

- Q1** वह देश जहाँ आपका जन्म हुआ था
- Q2** क्या आप घर पर अंग्रेज़ी के अलावा कोई दूसरी भाषा बोलती हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं (यदि नहीं, तो सवाल Q3 पर जाएँ)
यदि हाँ, तो आप घर पर कौन सी मुख्य भाषा में बातचीत करती हैं?
- Q3** क्या आप एबोरिजनल (जनजातीय) या टोरस स्ट्रेट द्वीपवासी मूल के हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं (यदि नहीं, तो सवाल Q4 पर जाएँ)
यदि हाँ, तो क्या आप ☐ एबोरिजनल हैं ☐ टोरस स्ट्रेट द्वीपवासी हैं ☐ एबोरिजनल और टोरस स्ट्रेट द्वीपवासी हैं
- Q4** आपके ब्रेस्ट स्क्रीन (मैमोग्राम) के परिणाम आपको भेजे जाएँगे। यदि आप चाहती हैं कि आपके डॉक्टर(ों) या ब्रेस्ट स्पेशलिस्ट को भी एक कॉपी भेजी जाए तो कृपया उनके विवरण नीचे प्रदान करें।

डॉक्टर _____	डॉक्टर _____
क्लिनिक का नाम _____	क्लिनिक का नाम _____
_____	_____
पता _____	पता _____
_____ पोस्टकोड _____	_____ पोस्टकोड _____
फोन नम्बर _____	फोन नम्बर _____

BreastScreen Victoria उन महिलाओं की स्क्रीनिंग नहीं करती है जो गर्भवती हैं या जो वर्तमान समय में स्तनपान करा रही हों।

- Q5** क्या आप गर्भवती हैं, या क्या हो सकता है कि आप गर्भवती हों? ☐ हाँ ☐ नहीं
- Q6** क्या आप स्तनपान करा रही हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं
- Q7** क्या आप वर्तमान समय में हार्मोन रिप्लेसमेंट थेरेपी (HRT) का प्रयोग कर रही हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं (यदि नहीं, तो सवाल Q8 पर जाएँ)
यदि हाँ, तो क्या आपने अपने अंतिम ब्रेस्ट मैमोग्राम के पश्चात HRT का प्रयोग करना शुरू किया था? ☐ हाँ ☐ नहीं
- Q8** क्या आपका अंतिम ब्रेस्ट स्क्रीन (मैमोग्राम) BreastScreen Victoria प्रोग्राम के तहत नहीं था? ☐ हाँ ☐ नहीं (यदि नहीं, तो सवाल Q9 पर जाएँ)
यदि हाँ, तो कृपया स्थान और दिनांक (महीना व वर्ष) बताएँ, आप इसका अनुमान भी बता सकती हैं।

स्थान	दिनांक /
	M M Y Y Y Y

Q9 क्या आपके परिवार के कोई सदस्य (सगे संबंधी) ब्रेस्ट कैंसर से पीड़ित रहे हैं?

केवल इन सदस्यों में से ही बतायें; माता, पिता, बहन, भाई, बेटा, बेटा, आंटी, अंकल, सौतेली-बहन, सौतेला-भाई, दादी/नानी, दादा/नाना, भतीजी/भांजी या भतीजा/भांजा।

☐ हाँ ☐ नहीं ☐ मालूम नहीं

यदि हाँ, तो कृपया निम्नलिखित सारणी पूरी करें:

परिवार का सदस्य (उदाहरणतः माँ)	कैंसर का पता किस उम्र में लगा था (यदि पक्का पता नहीं है, तो कृपया अंदाज़ा लगाएँ)	ब्रेस्ट कैंसर कहाँ पाया गया था			किसके परिवार में	
		एक स्तन में	दोनों में	पता नहीं	माँ के परिवार में	पिता के परिवार में
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐

सवाल Q10 व Q11 केवल ओवेरियन (अण्डाशयी) कैंसर का संदर्भ देते हैं; अन्य आंत, ग्रीवा या गर्भाशय के कैंसर का नहीं।

Q10 क्या आपके कोई सगे संबंधी कभी ओवेरियन (अण्डाशयी) कैंसर से पीड़ित रह चुके हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं ☐ मालूम नहीं

केवल इन सदस्यों में से ही बतायें; माता, बहन, बेटा, आंटी, सौतेली-बहन, दादी/नानी या भतीजी/भांजी।

यदि हाँ, तो कृपया निम्नलिखित सारणी पूरी करें:

परिवार का सदस्य	माँ के परिवार में	पिता के परिवार में
	☐	☐
	☐	☐

Q11 क्या आप पहले ओवेरियन (अण्डाशयी) कैंसर से पीड़ित रह चुकी हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं

Q12 क्या आप पहले ब्रेस्ट कैंसर या DCIS (प्री-कैंसर) से पीड़ित रह चुकी हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं (यदि नहीं, तो सवाल Q13 पर जाएँ)

यदि हाँ, तो आपके स्तन का इलाज कैसे किया गया था

कौन सा(से) स्तन?

☐ स्तन-संरक्षण सर्जरी (गांठ को हटाना)

☐ मैस्टेक्टमी (स्तन को काट कर हटा देना)

आपका रोग-निदान किस वर्ष हुआ था?

☐ अन्य, कृपया बतायें

☐ दाया ☐ बायां

☐ Y ☐ Y ☐ Y ☐ Y

Q13 क्या आपके किसी स्तन की पहले कभी सर्जरी हो चुकी है (ब्रेस्ट इम्प्लांट - स्तन प्रत्यारोपण को छोड़कर)? ☐ हाँ ☐ नहीं ☐ दाया ☐ बायां

यदि हाँ, ☐ पिछले दो वर्षों में ☐ दो वर्षों से अधिक की अवधि से पहले

यदि दो वर्षों से अधिक की अवधि से पहले हुआ हो, तो लगभग किस वर्ष?

☐ Y ☐ Y ☐ Y ☐ Y

BreastScreen Victoria कार्यक्रम उन महिलाओं के लिए है जिन्हें स्तन के कोई लक्षण नहीं हैं। यदि आपको अपने स्तनों में कोई बदलाव दिखाई देते हैं तो जितनी जल्दी संभव हो अपने डॉक्टर को दिखाएँ।

Q14 क्या आपकी स्तन में कोई गांठ(गांठें) हैं जिन्हें आप अब महसूस कर सकती हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं (यदि नहीं, तो सवाल Q15 पर जाएँ)

यदि हाँ, तो गांठ किस स्तन में है?

क्या यह गांठ 12 महीने से कम अवधि से है?

क्या आपके डॉक्टर ने गांठ की जाँच की है?

☐ दाया ☐ बायां

☐ हाँ ☐ नहीं

☐ हाँ ☐ नहीं

Q15 क्या अब आपके निप्पल से खून से रंगा हुआ या पानी जैसा रिसाव हो रहा है? ☐ हाँ ☐ नहीं (यदि नहीं, तो सवाल Q16 पर जाएँ)

यदि हाँ, तो क्या निप्पल से होना वाला रिसाव खून से रंगा हुआ है या पानी जैसा?

निप्पल से रिसाव किस स्तन से हो रहा है?

क्या निप्पल से रिसाव 12 महीने से कम की अवधि से हो रहा है?

क्या आपके डॉक्टर ने निप्पल से रिसाव की जाँच कर ली है?

☐ खून से रंगा हुआ ☐ साफ/पानी जैसा

☐ दाया ☐ बायां

☐ हाँ ☐ नहीं

☐ हाँ ☐ नहीं

Q16 क्या आपके स्तन में अब कोई अन्य लक्षण हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं ☐ दाया ☐ बायां

(यदि नहीं, तो सवाल Q17 पर जाएँ) यदि हाँ, तो कृपया बतायें

Q17 क्या BreastScreen Victoria अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं से आपके पिछले स्तन चित्र और संबंधित फ़ाइलें एकत्र कर सकती है, और तुलना करने तथा आपकी देखभाल के प्रयोजनों के लिए आपके स्तन चित्र और संबंधित फ़ाइलें अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के साथ साझा कर सकती है? BreastScreen Victoria www.breastscreen.org.au/privacy पर उपलब्ध अपनी गोपनीयता नीति और सूचना शीट के अनुसार आपके स्तन की छवियों और संबंधित फ़ाइलों को एकत्र और साझा करेगी। ☐ हाँ ☐ नहीं

नीचे हस्ताक्षर करके, मैं स्वीकार करती हूँ कि मैंने ब्रेस्टस्क्रीन विक्टोरिया सूचना शीट को पढ़ और समझ लिया है। मैं स्वीकार करती हूँ कि इस फॉर्म पर दी गई जानकारी सही है। मैं ब्रेस्टस्क्रीन कार्यक्रम में भाग लेने के लिए सहमत हूँ। मैं समझती हूँ कि मैं प्रश्न पूछ सकती हूँ, ब्रेस्ट स्क्रीन (मैमोग्राम) बंद कर सकती हूँ या किसी भी समय कार्यक्रम से अपना नाम वापस ले सकती हूँ।

हस्ताक्षर

x

दिनांक

/ /

D D M M Y Y Y Y

नाम