

# Образец за пријавување и согласност



Користете ПЕЧАТНИ БУКВИ или ☒ и потпишете се. Ве молиме проверете ги претходно наведените информации и ажурирајте ги по потреба.

На пример: ☒ Да ☒ Не

Вашите лични информации се заштитени со закон, вклучително Законот за здравствени записи од 2001 (Викторија) (Health Records Act 2001 (Vic)). Според Законот за подобрување на резултатите во однос на ракот од 2014 (Improving Cancer Outcomes Act 2014), ние мораме да собираме информации за да направиме снимање на дојките и процена. Вашите информации може да бидат користени заради финансирање, планирање и надгледување на нашата програма, и за обука и истражувања за ракот на дојка и за снимање на дојки. Нашиот Правилник за приватност прочитајте го онлајн на [breastscreen.org.au/privacy](https://breastscreen.org.au/privacy)

Податоците наведени во продолжение може да бидат користени за да ве контактираме и за да оставиме порака во која ќе се идентификуваме како BreastScreen Victoria.

|                                                             |                                 |                              |                                      |                         |                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Г-ѓа                               | <input type="checkbox"/> Г-ѓица | <input type="checkbox"/> Г-а | <input type="checkbox"/> Друго _____ | Датум на раѓање         | <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
|                                                             |                                 |                              |                                      |                         | Д Д М М Г Г Г Г                                                                                                                                                             |
| Презиме _____                                               |                                 |                              |                                      | Мобилен _____           |                                                                                                                                                                             |
| Лично име/имиња _____                                       |                                 |                              |                                      | Дополнителен број _____ |                                                                                                                                                                             |
| Презиме на раѓање _____                                     |                                 |                              |                                      |                         |                                                                                                                                                                             |
| Имејл _____                                                 |                                 |                              |                                      |                         |                                                                                                                                                                             |
| Домашна адреса _____                                        |                                 |                              |                                      |                         |                                                                                                                                                                             |
| Поштенска адреса (ако е различна од домашната адреса) _____ |                                 |                              |                                      |                         |                                                                                                                                                                             |

Q1 Земја на раѓање

Q2 Дали дома зборувате јазик што не е англиски?

☐ Да

☐ Не

(Ако Не, одете на Q3)

Ако Да, кој е главниот јазик што го зборувате дома, а кој не е англиски?

Q3 Дали по потекло сте Аборицин или Островјанин од Теснеот Торес?

☐ Да

☐ Не

(Ако Не, одете на Q4)

Ако Да, дали сте ☐ Аборицин ☐ Островјанин од Теснеот Торес ☐ Аборицин и Островјанин од Теснеот Торес

Q4 Резултатите од вашето снимање на дојките (мамограм) ќе ви бидат испратени. Ако сакате копија од резултатите да му биде испратена и на вашиот доктор/доктори или специјалист за дојки, ве молиме наведете ги нивните податоци во продолжение.

|                           |
|---------------------------|
| Доктор _____              |
| Име на клиниката _____    |
| _____                     |
| Адреса _____              |
| _____ Поштенски код _____ |
| Телефонски број _____     |

|                           |
|---------------------------|
| Доктор _____              |
| Име на клиниката _____    |
| _____                     |
| Адреса _____              |
| _____ Поштенски код _____ |
| Телефонски број _____     |

BreastScreen Victoria не снима жени кои се бремени или дојат.

Q5 Дали сте или би можеле да сте бремени?

☐ Да

☐ Не

Q6 Дали доите?

☐ Да

☐ Не

Q7 Дали сега користите терапија со замена на хормони (HRT)?

☐ Да

☐ Не

(Ако Не, одете на Q8)

Ако Да, дали почнавте да користите HRT после вашето последно снимање на дојките (мамограм)?

☐ Да

☐ Не

Q8 Дали вашето последно снимање на дојките (мамограм) беше надвор од програмата BreastScreen Victoria?

☐ Да

☐ Не

(Ако Не, одете на Q9)

Ако Да, ве молиме дајте ја локацијата и датумот (месец и година); приближна процена е во ред.

Локација

Датум

  /    

М М Г Г Г Г

**Q9 Дали некој член од вашето семејство (крвен роднина) некогаш имал дијагноза за рак на дојка?**

Вклучете **само**: Мајка, татко, сестра, брат, ќерка, син, вујна, вујко, стрина, стрико, тетка, тетин, полусестра, полубрат, баба, дедо, внука или внук од сестра или брат.

☐ Да ☐ Не ☐ Не знам

Ако **Да**, ве молиме пополнете ја следната табела:

| Член на семејството<br>(На пример, мајка) | Години на старост кога е откриен ракот<br>(Ако не сте сигурни, приближна процена) | Каде бил откриен ракот на дојка |                          |                          | Која страна од семејството |                          |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
|                                           |                                                                                   | Една дојка                      | Двете                    | Непознато                | Од страната на мајката     | Од страната на таткото   |
|                                           |                                                                                   | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
|                                           |                                                                                   | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
|                                           |                                                                                   | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
|                                           |                                                                                   | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |

Прашањата 10 и 11 се однесуваат само на рак на јајцниците, а не на рак на стомакот, грлото на матката или на матката.

**Q10 Дали на некоја ваша крвна роднина ѝ била поставена дијагноза за рак на јајцниците?**

☐ Да ☐ Не ☐ Не знам

**Вклучете само**: Мајка, сестра, ќерка, вујна, стрина, тетка, полусестра, баба или внука од сестра или брат.

Ако **Да**, ве молиме пополнете ја следната табела:

| Член на семејството | Од страната на мајката   | Од страната на таткото   |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|
|                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Q11 Дали во минатото сте имале рак на јајцниците?**

☐ Да ☐ Не

**Q12 Дали во минатото сте имале рак на дојка или DCIS (предканцерозна состојба)?**

☐ Да ☐ Не (Ако Не, одете на Q13)  
☐ Десна ☐ Лева

Ако **Да**, дали вашата дојка била лекувана со:

Која дојка/дојки?

☐ Операција со зачувување на дојката (отстранување на грутка)

☐ Мастектомија (отстранување на дојката)

Која година ви била поставена дијагнозата?

☐ Друго, ве молиме наведете конкретно

Г Г Г Г

**Q13 Дали порано сте имале операција на дојка (исклучувајќи имплант на дојка)?**

☐ Да ☐ Не ☐ Десна ☐ Лева

Ако **Да**, ☐ Во изминатите две години ☐ Пред повеќе од две години

Ако била пред повеќе од две години, приближно која година?

Г Г Г Г

Програмата BreastScreen Victoria е за жените кои немаат симптоми во врска со дојките.

Ако забележите промени кај вашите дојки, одете кај доктор што е можно поскоро.

**Q14 Дали имате грутка/грутки на дојките што можете да ги напипате?**

☐ Да ☐ Не (Ако Не, одете на Q15)

Ако **Да**, во која дојка е грутката?

☐ Десна ☐ Лева

Дали грутката се појавила пред помалку од 12 месеци?

☐ Да ☐ Не

Дали вашиот доктор ја прегледал грутката?

☐ Да ☐ Не

**Q15 Дали сега имате сукрвичав или водникав исцедок од брадавицата?**

☐ Да ☐ Не (Ако Не, одете на Q16)

Ако **Да**, дали исцедокот од брадавицата е сукрвичав или бистар/водникав?

☐ Сукрвичав ☐ Бистар/водникав

Од која дојка е исцедокот од брадавицата?

☐ Десна ☐ Лева

Дали исцедокот од брадавицата се појавил пред помалку од 12 месеци?

☐ Да ☐ Не

Дали вашиот доктор го прегледал исцедокот од брадавица?

☐ Да ☐ Не

**Q16 Дали сега имате други симптоми на дојките?**

☐ Да ☐ Не ☐ Десна ☐ Лева

(Ако Не, одете на Q17) Ако **Да**, ве молиме објаснете

**Q17 Дали BreastScreen Victoria може да ги собере вашите претходни снимки на дојките и документацијата во врска со нив од други здравствени служби, и дали вашите снимки и документација може да ги сподели со други здравствени служби заради споредба и вашата нега? BreastScreen Victoria ќе ги собере и споделува вашите снимки на дојките и документацијата поврзана со нив во согласност со нејзиниот Правилник и Информативен лист за приватност, што се на [www.breastscreen.org.au/privacy](http://www.breastscreen.org.au/privacy)**

☐ Да ☐ Не

Потпишувајќи подолу, јас потврдувам дека го прочитав и разбрав Информативниот лист на BreastScreen Victoria.

Јас потврдувам дека информациите во овој образец се точни. Јас се согласувам да учествувам во програмата BreastScreen Victoria.

Јас разбираам дека во секое време можам да поставувам прашања, да го заправам снимањето на дојките (мамограм) или да се повлечам од програмата.

Потпис

x

Датум

/   /      
Д Д М М Г Г Г Г

Име