

ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਅਤੇ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ



ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਦੇ ਵੱਡੇ ਅੱਖਰਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ ਜਾਂ ☒ ਅਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਭਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰੋ ਅਤੇ ਲੋੜ ਅਨੁਸਾਰ ਅੱਪਡੇਟ ਕਰੋ। ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ: ☒ ਹਾਂ ☒ ਨਹੀਂ

ਤੁਹਾਡੀ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈਲਥ ਰਿਕਾਰਡ ਐਕਟ 2001 (ਵਿੱਕ) (Health Records Act 2001 (Vic)) ਸਮੇਤ ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹੈ। ਸਾਡੇ ਲਈ ਕੈਂਸਰ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਕਰਨ ਦੇ ਐਕਟ 2014 (Improving Cancer Outcomes Act 2014) ਦੇ ਤਹਿਤ ਛਾਤੀ ਦੇ ਕੈਂਸਰ ਦੀ ਜਾਂਚ ਅਤੇ ਮੁਲਾਂਕਣ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਠੀ ਕਰਨੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸਾਡੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨੂੰ ਮਾਲੀ ਸਹਾਇਤਾ ਮਿਲਣ, ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਅਤੇ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਨ ਅਤੇ ਛਾਤੀ ਦੇ ਕੈਂਸਰ ਅਤੇ ਛਾਤੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਲਈ ਸਿਖਲਾਈ ਅਤੇ ਖੋਜ ਕਰਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਸਾਡੀ ਗੁਪਤਤਾ ਨੀਤੀ ਨੂੰ breastscreen.org.au/privacy 'ਤੇ ਅਨੁਮਾਨਿਤ ਪੜ੍ਹੋ।

ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਵੇਰਵਿਆਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸਾਡੇ ਵੱਲੋਂ BreastScreen Victoria ਵੱਲੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਅਤੇ ਇੱਕ ਸੁਨੇਹਾ ਛੱਡਣ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

☐ ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ	☐ ਕੁਮਾਰੀ	☐ ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ	☐ ਹੋਰ	ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ	/ /
ਗੋਤ				ਮੋਬਾਈਲ	
ਨਾਮ				ਕੋਈ ਹੋਰ ਵਾਧੀਕ ਨੰਬਰ	
ਜਨਮ ਸਮੇਂ ਨਾਮ					
ਈ-ਮੇਲ					
ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ					
ਡਾਕ ਪਤਾ (ਜੇ ਘਰ ਦੇ ਪਤੇ ਤੋਂ ਵੱਖਰਾ ਹੋਵੇ)					

Q1 ਜਨਮ ਵਾਲੇ ਦੇਸ਼ ਦਾ ਨਾਮ

Q2 ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਘਰ ਵਿੱਚ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਦੇ ਹੋ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ (ਜੇ ਨਹੀਂ, Q3 'ਤੇ ਜਾਓ)

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਘਰ ਵਿੱਚ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕਿਹੜੀ ਮੁੱਖ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਦੇ ਹੋ?

Q3 ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਐਥੋਰਿਜਨਲ ਜਾਂ ਟੋਰੇਸ ਸਟ੍ਰੇਟ ਆਈਲੈਂਡਰ ਮੂਲ ਦੇ ਹੋ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ (ਜੇ ਨਹੀਂ, Q4 'ਤੇ ਜਾਓ)

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ☐ ਐਥੋਰਿਜਨਲ ਹੋ ☐ ਟੋਰੇਸ ਸਟ੍ਰੇਟ ਆਈਲੈਂਡਰ ਹੋ ☐ ਐਥੋਰਿਜਨਲ ਅਤੇ ਟੋਰੇਸ ਸਟ੍ਰੇਟ ਆਈਲੈਂਡਰ ਹੋ

Q4 ਤੁਹਾਡੀ ਛਾਤੀ ਦੀ ਜਾਂਚ (ਮੈਮੋਗ੍ਰਾਮ) ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਭੇਜੇ ਜਾਣਗੇ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰ (ਡਾਕਟਰਾਂ) ਜਾਂ ਛਾਤੀ ਦੇ ਮਾਹਰ ਨੂੰ ਵੀ ਭੇਜੀ ਗਈ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਵੇਰਵੇ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ।

ਡਾਕਟਰ	
ਕਲੀਨਿਕ ਦਾ ਨਾਮ	
ਪਤਾ	
	ਪੋਸਟਕੋਡ
ਫੋਨ ਨੰਬਰ	

ਡਾਕਟਰ	
ਕਲੀਨਿਕ ਦਾ ਨਾਮ	
ਪਤਾ	
	ਪੋਸਟਕੋਡ
ਫੋਨ ਨੰਬਰ	

BreastScreen Victoria ਗਰਭਵਤੀ ਜਾਂ ਦੁੱਧ ਚੁੰਘਾਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਔਰਤਾਂ ਦੀ ਇਹ ਜਾਂਚ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ ਹੈ।

Q5 ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਗਰਭਵਤੀ ਹੋ, ਜਾਂ ਕੀ ਅਜਿਹਾ ਹੋਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

Q6 ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਬੱਚੇ ਦਾ ਦੁੱਧ ਚੁੰਘਾ ਰਹੇ ਹੋ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

Q7 ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਹਾਰਮੋਨ ਰਿਪਲੇਸਮੈਂਟ ਥੈਰੇਪੀ (HRT) ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ (ਜੇ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ Q8 'ਤੇ ਜਾਓ)

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੀ ਤੁਸੀਂ HRT ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਆਪਣੀ ਪਿਛਲੀ ਵਾਰ ਦੀ ਛਾਤੀ ਦੀ ਜਾਂਚ (ਮੈਮੋਗ੍ਰਾਮ) ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤੀ ਸੀ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

Q8 ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਪਿਛਲੀ ਵਾਰ ਦੀ ਛਾਤੀ ਦੀ ਜਾਂਚ (ਮੈਮੋਗ੍ਰਾਮ) BreastScreen Victoria ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਹੋਈ ਸੀ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ (ਜੇ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ Q9 'ਤੇ ਜਾਓ)

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਥਾਨ ਅਤੇ ਮਿਤੀ (ਮਹੀਨਾ ਅਤੇ ਸਾਲ) ਦੱਸੋ; ਅੰਦਾਜ਼ਾ ਠੀਕ ਹੈ।

ਸਥਾਨ ਤਾਰੀਖ /

Q9 ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਮੈਂਬਰ (ਖੂਨ ਦੇ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ) ਨੂੰ ਕਦੇ ਛਾਤੀ ਦਾ ਕੈਂਸਰ ਹੋਣ ਦਾ ਪਤਾ ਲੱਗਾ ਹੈ?

ਸਿਰਫ਼ ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ: ਮਾਤਾ, ਪਿਤਾ, ਭੈਣ, ਭਰਾ, ਧੀ, ਪੁੱਤਰ, ਮਾਸੀ, ਮਾਮਾ, ਸੌਤੇਲੀ ਭੈਣ, ਸੌਤੇਲੇ ਭਰਾ, ਦਾਦਾ-ਦਾਦੀ, ਨਾਨਾ-ਨਾਨੀ, ਭਤੀਜਾ-ਭਤੀਜੀ ਜਾਂ ਭਾਣਜਾ-ਭਾਣਜੀ।

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ ☐ ਨਹੀਂ ਪਤਾ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਸਾਰਣੀ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ:

ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰ (ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ ਮਾਂ)	ਉਮਰ ਜਦੋਂ ਕੈਂਸਰ ਦਾ ਪਤਾ ਲੱਗਿਆ (ਜੇਕਰ ਪਤਾ ਨਹੀਂ ਪਤਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਅੰਦਾਜ਼ਾ ਲਗਾਓ)	ਛਾਤੀ ਦਾ ਕੈਂਸਰ ਕਿੱਥੇ ਸੀ ਪਰਿਵਾਰਕ ਪੱਖ			ਮਾਂ ਪੱਖੋਂ	ਪਿਤਾ ਪੱਖੋਂ
		ਇੱਕ ਛਾਤੀ ਵਿੱਚ	ਦੋਵਾਂ ਵਿੱਚ	ਨਹੀਂ ਪਤਾ		
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐

ਸਵਾਲ 10 ਅਤੇ 11 ਸਿਰਫ਼ ਅੰਡੇਦਾਨੀ ਦੇ ਕੈਂਸਰ ਸੰਬੰਧੀ ਹਨ; ਕੋਈ ਹੋਰ ਪੇਟ, ਸਰਵਾਈਕਲ ਜਾਂ ਬੱਚੇਦਾਨੀ ਕੈਂਸਰ ਬਾਰੇ ਨਹੀਂ ਹਨ।

Q10 ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਖੂਨ ਦੇ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਨੂੰ ਕਦੇ ਵੀ ਅੰਡੇਦਾਨੀ ਦੇ ਕੈਂਸਰ ਦਾ ਪਤਾ ਲੱਗਾ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ ☐ ਨਹੀਂ ਪਤਾ

ਸਿਰਫ਼ ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ: ਮਾਤਾ, ਭੈਣ, ਧੀ, ਮਾਸੀ, ਸੌਤੇਲੀ ਭੈਣ, ਨਾਨੀ, ਭਤੀਜੀ ਜਾਂ ਭਾਣਜੀ।

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਸਾਰਣੀ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ:

ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰ	ਮਾਂ ਪੱਖੋਂ	ਪਿਤਾ ਪੱਖੋਂ
	☐	☐
	☐	☐

Q11 ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੇ ਪਹਿਲਾਂ ਅੰਡੇਦਾਨੀ ਦਾ ਕੈਂਸਰ ਹੋਇਆ ਸੀ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

Q12 ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੇ ਪਹਿਲਾਂ ਛਾਤੀ ਦਾ ਕੈਂਸਰ ਜਾਂ DCIS (ਪ੍ਰੀ-ਕੈਂਸਰ) ਹੋਇਆ ਸੀ?? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ (ਜੇ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ Q13 'ਤੇ ਜਾਓ)

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਛਾਤੀ ਦਾ ਇਲਾਜ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ:

ਕਿਹੜੀ ਛਾਤੀ(ਆਂ)? ☐ ਸੱਜੀ ☐ ਖੱਬੀ

☐ ਛਾਤੀ ਨੂੰ ਬਚਾਉਣ ਵਾਲੀ ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ (ਗੰਢ ਨੂੰ ਹਟਾਉਣ ਦੁਆਰਾ)

☐ ਮਾਸਟੈਕਟੋਮੀ (ਛਾਤੀ ਨੂੰ ਹਟਾਉਣ ਦੁਆਰਾ)

☐ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਤਰ੍ਹਾਂ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦੱਸੋ

ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸ ਸਾਲ ਇਸਦਾ ਪਤਾ ਲੱਗਿਆ ਸੀ?

Y	Y	Y	Y

Q13 ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਪਾਸੇ ਦੀ ਛਾਤੀ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਕਰਵਾਈ ਹੈ (ਛਾਤੀ ਦੇ ਇਮਪਲਾਂਟ ਨੂੰ ਛੱਡ ਕੇ)? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ ☐ ਸੱਜੀ ☐ ਖੱਬੀ

ਜੇ ਹਾਂ, ☐ ਪਿਛਲੇ ਦੋ ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ☐ ਦੋ ਸਾਲ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਮਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਜੇਕਰ ਦੋ ਸਾਲਾਂ ਤੋਂ ਵੱਧ, ਲਗਭਗ ਕਿਹੜੇ ਸਾਲ?

Y	Y	Y	Y

BreastScreen Victoria ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਉਹਨਾਂ ਔਰਤਾਂ ਲਈ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਛਾਤੀ ਸੰਬੰਧੀ ਕੋਈ ਲੱਛਣ ਨਹੀਂ ਹਨ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀਆਂ ਛਾਤੀਆਂ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਦੇਖਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਜਿੰਨੀ ਜਲਦੀ ਹੋ ਸਕੇ ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਮਿਲੋ।

Q14 ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਛਾਤੀ ਵਿੱਚ ਗੰਢ(ਢਾਂ) ਹਨ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਹੁਣ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ (ਜੇ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ Q15 'ਤੇ ਜਾਓ)

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਸ ਛਾਤੀ ਵਿੱਚ ਗੰਢ ਹੈ?

ਕੀ ਗੰਢ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੋਂ ਘੱਟ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਮੌਜੂਦ ਹੈ?

ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਡਾਕਟਰ ਨੇ ਇਸ ਗੰਢ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਹੈ?

☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

Q15 ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਛਾਤੀ ਵਿੱਚ ਹੁਣ ਨਿੱਪਲ ਵਿੱਚੋਂ ਖੂਨ ਜਾਂ ਪਾਣੀ ਵਰਗਾ ਰਿਸਾਅ ਹੁੰਦਾ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ (ਜੇ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ Q16 'ਤੇ ਜਾਓ)

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੀ ਨਿੱਪਲ ਵਿੱਚੋਂ ਰਿਸਾਅ ਖੂਨ ਨਾਲ ਭਰਿਆ ਜਾਂ ਸਾਫ਼/ਪਾਣੀ ਵਰਗਾ ਹੈ??

ਕਿਹੜੀ ਛਾਤੀ ਦੇ ਨਿੱਪਲ ਵਿੱਚੋਂ ਰਿਸਾਅ ਹੁੰਦਾ ਹੈ?

ਕੀ ਨਿੱਪਲ ਵਿੱਚੋਂ ਰਿਸਾਅ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੋਂ ਘੱਟ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ?

ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਡਾਕਟਰ ਨੇ ਇਸ ਨਿੱਪਲ ਵਿੱਚੋਂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਰਿਸਾਅ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਹੈ?

☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

Q16 ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਵਿੱਚ ਹੁਣ ਛਾਤੀ ਸੰਬੰਧੀ ਕੋਈ ਹੋਰ ਲੱਛਣ ਹਨ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ ☐ ਸੱਜੀ ☐ ਖੱਬੀ

(ਜੇ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ Q17 'ਤੇ ਜਾਓ) ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦੱਸੋ

Q17 ਕੀ BreastScreen Victoria ਦੁਜੇ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਤੋਂ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਪਿਛਲੀਆਂ ਛਾਤੀ ਦੀਆਂ ਤਸਵੀਰਾਂ ਅਤੇ ਸੰਬੰਧਿਤ ਫਾਈਲਾਂ ਨੂੰ ਇਕੱਠਾ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਲਨਾ ਕਰਨ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਛਾਤੀ ਦੀਆਂ ਤਸਵੀਰਾਂ ਅਤੇ ਸੰਬੰਧਿਤ ਫਾਈਲਾਂ ਨੂੰ ਹੋਰ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ? BreastScreen Victoria ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਛਾਤੀ ਦੀਆਂ ਤਸਵੀਰਾਂ ਅਤੇ ਸੰਬੰਧਿਤ ਫਾਈਲਾਂ ਨੂੰ www.breastscreen.org.au/privacy 'ਤੇ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਆਪਣੀ ਗੁਪਤਤਾ ਨੀਤੀ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ੀਟ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਇਕੱਠਾ ਕਰੇਗੀ ਅਤੇ ਸਾਂਝੀ ਕਰੇਗੀ। ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਹੇਠਾਂ ਦਸਤਖਤ ਕਰਕੇ, ਮੈਂ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ BreastScreen Victoria ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ੀਟ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਅਤੇ ਸਮਝ ਲਿਆ ਹੈ। ਮੈਂ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਹੀ ਹੈ। ਮੈਂ BreastScreen Victoria ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਸਵਾਲ ਪੁੱਛ ਸਕਦੀ ਹਾਂ, ਛਾਤੀ ਦੀ ਸਕਰੀਨ (ਮੈਮੋਗ੍ਰਾਮ) ਬੰਦ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹਾਂ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਇਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਤੋਂ ਪਿੱਛੇ ਹਟ ਸਕਦੀ ਹਾਂ।

ਦਸਤਖਤ

ਤਾਰੀਖ

ਨਾਮ