

Questionário sobre o estado de saúde

Número do Processo
«IdDossier»

Dados pessoais

Apelido	Apelido de solteira
Nome próprio	Data de nascimento
Morada/endereço	Profissão/Ocupação
Código postal/localidade	Língua materna
Tel. privado	Telemóvel
Tel. comercial	E-Mail
Seguro de saúde	Número da apólice
Nacionalidade	Número AHV
Observações:	

O resultado do exame será comunicado por escrito ao seu médico no prazo de 8 dias úteis.

Por favor, enviem o resultado ao Dr./Dra.

Apelido

Nome próprio

Morada

Código postal/localidade

Por favor, enviem o resultado também ao
 médico de família outro médico

Apelido

Nome próprio

Morada

Código postal/localidade

Por que perguntamos sobre o seu estado de saúde? As informações sobre o seu estado de saúde são de extrema importância para os 2 médicos radiologistas que irão analisar a sua mamografia separadamente.

Já preenchi este formulário. Preciso preenche-lo novamente? SIM, desde a sua última mamografia e possível que haja ocorrido alguma alteração dos seus dados.

1. Já realizou alguma mamografia?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Se sim, quando?	Data:	
Se sim, por quê?	Nome do instituto:	
	<input type="checkbox"/> diagnóstico precoce	
	<input type="checkbox"/> problema de mama	
	<input type="checkbox"/> outro motivo	
	<input type="checkbox"/> não sei	
2. A senhora está sendo tratada com uma terapia hormonal?	<input type="checkbox"/> não	
A senhora já foi tratada no passado com uma terapia hormonal?	<input type="checkbox"/> sim, há _____ anos	
	<input type="checkbox"/> não, nunca	
	<input type="checkbox"/> sim, último tratamento: _____ Duração: _____ meses	



3. A sua mãe, irmã ou filha teve um diagnóstico de cancro da mama? Se sim, que idade tinham quando foi diagnosticado o câncer de mama?	<input type="checkbox"/> não		<input type="checkbox"/> sim	
	Sua mãe	Sua irmã	Sua filha	
	50 ou mais anos de idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Menos de 50 anos de idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Atualmente, a senhora está com algum problema na mama? Se sim:	<input type="checkbox"/> não		<input type="checkbox"/> sim	
	Mama direita	Mama esquerda		
	Dor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Secreção mamilar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Nódulos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Outras alterações (por favor descreva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5. No passado foi operada na mama? Se sim:	<input type="checkbox"/> não		<input type="checkbox"/> sim	
	Mama direita	Mama esquerda	Descrição resumida	Ano
	Alteração benigna (quisto, fibroma, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Cancro da mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Aumento e/ou diminuição da mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Não sei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Outra (por favor descreva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

IMPORTANTE – Declaração de consentimento

Com a minha assinatura concordo que:

- as minhas antigas mamografias realizadas e arquivadas possam ser transmitidas ao médico responsável do instituto de radiologia e aos radiologistas credenciados.
- os meus dados possam ser editados e arquivados de forma anónima para fins estatísticos e para controle de qualidade e de eficácia do Programa de Diagnóstico Precoce do Cancro da Mama, de acordo com as normas legais de proteção de dados.
- no registo de cancro, possam ser recolhidos os dados sobre uma possível doença cancerígena necessários para o controlo de qualidade e da eficácia do programa de deteção precoce do cancro da mama. Exonero, por este meio, os médicos do registo de cancro e o pessoal assistente do dever de manterem sigilo profissional mediante os médicos do programa de deteção precoce do cancro da mama.
- no caso de uma possível doença da mama diagnosticada pelo exame, os resultados possam ser solicitados pelos meus médicos, os quais ficam desde já dispensados do sigilo profissional perante os médicos do Programa de Diagnóstico Precoce do Cancro da Mama e do Registo de Doenças Oncológicas. Estes dados serão tratados com confidencialidade e de acordo com o sigilo médico.
- eu me informei sobre o Programa de Diagnóstico Precoce do Cancro da Mama.

Este documento poderá ser revogado por mim a qualquer momento.

Local/Data

Assinatura:

Caso necessite de ajuda para o preenchimento deste questionário, por favor entrar em contato com a Liga contra o Cancro das duas Basiléias através do telefone: 061 319 91 70.

Dados controlados/preenchidos pelo pessoal do rastreio (apelido, nome próprio):