

Tên:

Ngày sinh:

Tiền sử vú

Vui lòng trả lời tất cả các câu hỏi bên dưới.

Thông tin mô hình Gail:

Tuổi của bạn?

Tuổi bắt đầu có kinh nguyệt:

Tuổi sinh nở lần đầu:

Nguồn gốc dân tộc:

Tổ tiên là người Do Thái Ashkenazi?

Tiền sử gia đình về ung thư vú?

Liệt kê mối quan hệ và tuổi chẩn đoán:

Sinh thiết vú: (Tổng số lần)

Chọc hút u nang? Phải Trái số lần

Sinh thiết dùng ống dò? Phải Trái số lần

Sinh thiết giải phẫu? Phải Trái số lần

Chẩn đoán quá sản không điển hình? CÓ KHÔNG

Chẩn đoán quá sản thùy? Nếu có, tuổi?

1. Ung thư buồng trứng:

Bạn đã từng bị ung thư buồng trứng? CÓ KHÔNG
Tiền sử gia đình có ai bị ung thư buồng trứng?

2. U bạch huyết/Hodgkins:

Bạn có xạ trị ngực khi 10 đến 30 tuổi không? CÓ KHÔNG

3. Lịch sử cá nhân khác về ung thư?

Cổ tử cung? CÓ KHÔNG
Tử cung? CÓ KHÔNG
Tuyến giáp? CÓ KHÔNG
Khác?

4. Xét nghiệm BRCA:

Bạn đã từng xét nghiệm chưa? CÓ KHÔNG
Nếu có, bạn có dương tính không? CÓ KHÔNG
Người thân có BRCA dương tính?

5. Hóc-môn:

Hiện tại bạn có sử dụng hóc-môn, estrogen hay progesterone không? CÓ KHÔNG

6. Tamoxifen hoặc Arimedex:

Đang uống hay đã từng uống? CÓ KHÔNG

7. Chụp quang tuyến vú trước?

Khi nào/ở đâu?
Bạn có mang chúng không?

8. Bạn có đang mang thai không? CÓ KHÔNG

9. Người sống sót sau ung thư vú:

Cắt bỏ khối u? Cắt bỏ vú? Phải Trái
Xạ trị hay hóa trị? CÓ KHÔNG

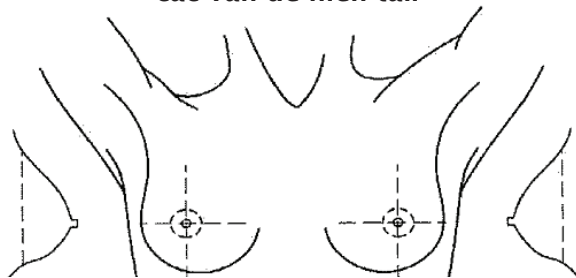
10. Các phẫu thuật vú khác:

Giảm cỡ? CÓ KHÔNG Khi nào?
Cấy ghép? Silicon Túi nước biển
Bạn đã từng tháo vật cấy ghép chưa?
Nếu có, Khi nào?

Cho biết các vấn đề hiện tại:

U trong vú? Phải Trái
Tiết dịch ở núm vú? Phải Trái
Đau? Phải Trái
Lo ngại khác?

Cho biết vị trí của các vấn đề hiện tại:



Ghi chú kỹ thuật (Dành cho văn phòng):

MÔ HÌNH GAIL _____%

Tôi chứng nhận rằng những câu trả lời tôi đã cung cấp cho các câu hỏi trên biểu mẫu này là chính xác với hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi đã đọc và hiểu toàn bộ nội dung của biểu mẫu này và đã có cơ hội đặt câu hỏi

Ký tên (Cha mẹ hoặc người giám hộ)

Ngày ký: