

מכון רפאל רקנאטי לגנטיקה - מרפאה אונקוגנטית
טל: 03-9376416
פקס: 03-937-7660

תאריך: _____

דף שאלון לייעוץ גנטי בשל סיכון מוגבר לסרטן או פוליפים במערכת העיכול

שם משפחה	שם פרטי	שם משפחה קודם
תאריך לידה	ארץ לידה	משקל
גובה	מיקוד	יישוב
רחוב	מספר	מיקוד
נייד	טלפון נוסף	טלפון:
ארץ מוצא האב:	ארץ מוצא האם:	ארץ מוצא סב (אב האב)
ארץ מוצא סבתא (אם האם)	ארץ מוצא סבתא (אם האב)	ארץ מוצא סבתא (אם האב)
סיבת הפניה:		

רקע רפואי:

1. האם חלית **בסרטן מעי הגס**? כן / לא. באיזה גיל? _____
הטיפול כלל: ☐ כריתת מעי חלקית ☐ כריתת מעי מלאה ☐ כימותרפיה ☐ הקרנות ☐ אחר: _____
2. האם חלית **בסרטן שד** כן / לא. חד צדדי / דו צדדי. באיזה גיל? _____
הטיפול כלל: ☐ כריתת גוש (למפקטומי) ☐ כריתת שד אחד ☐ כריתת שד דו צדדית ☐ כמותרפיה ☐ הקרנות ☐ טמוקסיפן ☐ אחר: _____
3. האם חלית **בסרטן שחלה** כן / לא. באיזה גיל? _____
הטיפול כלל: ☐ כריתת שחלות ☐ כריתת רחם ושחלות ☐ כימותרפיה ☐ הקרנות ☐ אחר: _____
4. האם חלית ב (הקף בעיגול): מלנומה, סרטן התירואיד, סרטן כליה, סרטן לבלב, סרטן רחם פירוט:
סוג הסרטן: _____ גיל אבחנה _____ הטיפול _____
סוג הסרטן: _____ גיל אבחנה _____ הטיפול _____

מרכז רפואי רבין
ביה"ח בילינסון

מכון רפאל רקנאטי לגנטיקה - מרפאה אונקוגנטית
טל: 03-9376416
פקס: 03-937-7660

5. האם אותרו אצלך **פוליפים במעי** הגס? כן / לא
- כמה פוליפים אותרו סה"כ עד היום? >10, 10-20 20-100 100-1000 אחר ___
- | | | | |
|-----------|------------|-------------|-----------|
| גיל _____ | מספר _____ | מיקום _____ | סוג _____ |
| גיל _____ | מספר _____ | מיקום _____ | סוג _____ |
| גיל _____ | מספר _____ | מיקום _____ | סוג _____ |
6. האם ידוע על בעיות בתפקוד / קשריות בבלוטת התריס? כן / לא פרוט _____
7. האם את/ה עישנת / מעשן סיגריות? כן / לא. מספר סיגריות ליום _____ מגיל _____ עד גיל _____
8. האם את/ה נוטלת / אספירין או משככי כאב אחרים באופן קבוע? כן / לא _____ מגיל _____ עד גיל _____
9. האם נטלת/נוטלת גלולות למניעת הריון? כן / לא. _____ מגיל _____ עד גיל _____
10. האם נטלת/נוטלת טיפול הורמונלי חליפי? כן / לא _____ מגיל _____ עד גיל _____
11. רשימת מחלות כרוניות: _____ רשימת תרופות: _____

רקע משפחתי:

האם בני משפחה אחרים חלו בסרטן? כן / לא. האם אותרו אצלם פוליפים כן / לא

דרגת קרבה	סוג הסרטן	גיל המחלה	גיל כיום	מספר פוליפים

10. האם ידוע על אוטיזם / פיגור / מחלת שריר במשפחה? כן / לא , פרוט: _____
11. האם ידוע על **מחלה גנטית במשפחה**? כן / לא , פרוט: _____

מרכז רפואי רבין
ביה"ח בילינסון

מכון רפאל רקנאטי לגנטיקה - מרפאה אונקוגנטית
טל: 03-9376416
פקס: 03-937-7660

בדיקות גנטיות

12. האם למישהו מבני המשפחה בוצעו בדיקות גנטיות לאיתור מוטציות בגנים הקשורות בסיכון יתר לחלות בסרטן? כן / לא. אם כן פרט:

<u>דרגת קרבה</u>	<u>סוג הבדיקה</u>	<u>המעבדה</u>	<u>תשובה</u>

מעקב רפואי:

1. **נשים:** גיל הופעת המחזור לראשונה _____ מספר לידות ____ גיל בלידה הראשונה: גיל הפסקת הווסת ____

2. האם את עושה מעקב גניקולוגי?

☐ בדיקת רופא נשים כל ____ שנים, ☐ אולטרהסאונד וגינאלי כל ____ שנים

☐ CA-125 כל ____ שנים **פרטי אם אותו בעבר ממצאים חריגים** _____

3. **נשים / גברים:** האם במעקב אחר השד באופן קבוע? כן / לא

☐ בדיקת שד על ידי כירורג כל ____ שנים

☐ ממוגרפיה כל ____ שנים ☐ MRI כל ____ שנים ☐ אולטרהסאונד שד

4. האם במעקב מעי הגס? כן / לא

☐ דם סמוי בצואה אחת לשנה ☐ קולונוסקופיה כל ____ שנים. בדיקה אחרונה בשנת

5. **גברים:** האם אתה במעקב אורולוגי? כן / לא

☐ PSA כל ____ שנים ☐ בדיקת אורולוג כל ____ שנים