

Cuestionario sobre antecedentes familiares para síndromes comunes de cáncer hereditario

Nombre del (de la) paciente: _____ Médico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha en la que se completó el formulario: _____

Indique a continuación si tiene **antecedentes personales o familiares** de cualquiera de los siguientes tipos de cáncer. En caso afirmativo, indique parentesco y **edad al momento del diagnóstico** en la columna correspondiente. Tenga en cuenta padres, hijos, hermanos, hermanas, abuelos, tías, tíos y primos.

| | USTED | Edad al momento del diagnóstico | HERMANOS/ HIJOS | Edad al momento del diagnóstico | POR PARTE DE SU MADRE | Edad al momento del diagnóstico | POR PARTE DE SU PADRE | Edad al momento del diagnóstico |
|---|----------------|---------------------------------|-----------------|---------------------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------|---------------------------------|
| <i>Por ejemplo:</i> Cáncer colorrectal | <i>ninguno</i> | <i>—</i> | <i>Hermano</i> | <i>36 años</i> | <i>Tía Primo</i> | <i>44 años 58 años</i> | <i>Abuelo</i> | <i>65 años</i> |

CÁNCER DE MAMA Y DE OVARIO

Cáncer de mama

Cáncer de ovario

Cáncer de mama en ambas mamas o múltiples tumores malignos primarios de mama

Cáncer de mama en hombres

Cáncer de páncreas

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

¿Es usted de ascendencia judía asquenazi? Sí No

CÁNCER DE ÚTERO Y DE COLON

Cáncer de útero (endometrio)

Cáncer colorrectal

Cáncer de ovario, de estómago, de riñón/vías urinarias, de cerebro o cáncer de intestino delgado

10 o más pólipos en el colon

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

MELANOMA

Melanoma

Cáncer de páncreas

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

OTROS TIPOS DE CÁNCER

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

¿ALGUNA VEZ SE HA HECHO USTED O ALGUNO DE SUS FAMILIARES UNA PRUEBA PARA DETECTAR SU RIESGO DE CÁNCER HEREDITARIO?

Sí No Si responde Sí, explique: _____

Si usted ha respondido con un "sí" a esta respuesta, obtenga una copia de los resultados del examen con sus familiares.

| PARA USO INTERNO SOLAMENTE | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Patient appropriate for further risk assessment and/or genetic testing <input type="checkbox"/> BRACAnalysis® - A test for Hereditary Breast and Ovarian Cancer syndrome <input type="checkbox"/> COLARIS® - A test for Lynch syndrome (Hereditary Nonpolyposis Colorectal Cancer) <input type="checkbox"/> COLARIS AP® - A test for Adenomatous Polyposis syndromes <input type="checkbox"/> MELARIS® - A test for Hereditary Melanoma | <input type="checkbox"/> Discussed hereditary cancer risk with patient <input type="checkbox"/> Patient offered genetic testing <input type="checkbox"/> ACCEPTED <input type="checkbox"/> DECLINED <input type="checkbox"/> Follow up appointment scheduled Date: _____ |

