

Personidentifikation Navn: _____ CPR nr: [][][][][][][][][] - [][][][][][][][][] Rådg.-nr: [][][][][][][][][]	Familienummer : B [][][][][][][][][] Indberettet: [][][][][][][][][] Kommentar: _____ _____
--	---

Vejledning

Skemaet anvendes til registrering af personer med arvelig disposition til bryst- og/eller æggestokkræft. Skemaet sendes af klinisk genetisk afdeling, når personen findes at tilhøre en risikogruppe. Nyt skema sendes af klinisk genetisk afdeling, når personen henvises til kontrolprogram, hvis dette først sker senere. Familien skal på forhånd være registreret i HBOC-registeret og tildelt B-nr.

Skemaet sendes til: DBCG-sekretariatet, H:S Rigshospitalet afsnit 2501, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø.
 Skemaet kan sendes via fax: 38 66 06 70

Risikogruppe

Er der påvist en disponerende mutation i patientens familie? _____	<input type="checkbox"/> Ej undersøgt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- Hvis ja, er der påvist en disponerende mutation hos patienten? _____	<input type="checkbox"/> Ej undersøgt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
For højrisikogruppe, hvor prædiktiv gentest ikke er mulig eller er fravalgt			
- Pt's sandsynlighed for heterozygoti _____	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> 25%	<input type="checkbox"/> ukendt
Pt. har/har haft c. ovarii/salpinges/peritonei _____		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Kontrol

Patienten skal kontrolleres i henhold til genetisk rådgivning _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Årsager til at patienten ikke kontrolleres i genetisk regi: _____		
- Pt. har/har haft c. mammae og kontrolleres allerede i DBCG-regi _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- Pt. er > 50 år og kontrolleres allerede i screeningsprogram _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- Pt. er < 30 år (højrisiko) / < 40 år (moderat risiko) og skal først begynde kontrol senere _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Registrering

Mundtligt og skriftligt informeret samtykke til registrering foreligger _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Alder ≥ 18 år og myndig _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Patienten registreres, hvis begge krydser er sat i Ja-kolonnen.

Genetisk udredning foretaget af:

Afdeling: _____ Sygehus: _____ Sign.: _____ Dato: _____ Kode: (Udfyldes af DBCG) _____	Henvist til screening for c. mammae <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Afdeling: _____ Sygehus: _____ Kode: _____ (Udfyldes af DBCG)	Henvist til screening for c. ovarii: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Afdeling: _____ Sygehus: _____ Kode: _____ (Udfyldes af DBCG)
--	--	---