

AVALIAÇÃO DA HISTÓRIA PESSOAL E FAMILIAR PARA SUSCETIBILIDADE AO CÂNCER PARA EXAMES ONCOGENÉTICOS

Este questionário tem o objetivo auxiliar na interpretação dos resultados do teste molecular e **SEU PREENCHIMENTO É OBRIGATÓRIO.**

Nome Completo: _____ Sexo: ☐ F ☐ M

Data de Nascimento: ____/____/____ Telefone(s): _____

Médico Solicitante: _____ Contato do Médico: _____

ORIGEM ASCENDÊNCIA (MARQUE TODAS AS OPÇÕES CORRESPONDENTES):

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Europa Ocidental / do Norte | ☐ Nativo Americano | ☐ África |
| ☐ América Latina / Caribet | ☐ Sul da Europa | ☐ Ásia |
| ☐ Askenazi | ☐ Oriente Médio | ☐ Europa Central / Oriental |
| ☐ Outros: _____ | | |

HISTÓRICO DE CÂNCER DO PACIENTE:

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| ☐ Nenhum | | |
| ☐ Câncer de mama invasivo | () Bilateral
() Pré-menopausa
() Triplo negativo | Idade ao diagnóstico: _____ AP* _____ |
| ☐ Câncer de mama <i>in situ</i> | () Bilateral
() Pré-menopausa
() Triplo negativo | Idade ao diagnóstico: _____ AP* _____ |
| ☐ Câncer de ovário | | Idade ao diagnóstico: _____ AP* _____ |
| ☐ Câncer de colorretal | | Idade ao diagnóstico: _____ AP* _____ |
| ☐ Leucemia | | Idade ao diagnóstico: _____ AP* _____ |
| ☐ Câncer de próstata | | Idade ao diagnóstico: _____ AP* _____ |
| ☐ Outro tipo de câncer: _____ | | Idade ao diagnóstico: _____ AP* _____ |
| | | Idade ao diagnóstico: _____ AP* _____ |
| | | Idade ao diagnóstico: _____ AP* _____ |

*AP: Anatomopatológico

HISTÓRICO FAMILIAR DE CÂNCER:

- ☐ Nenhum

Abaixo indicar os casos de câncer na família, se houver, com as informações

Parentesco*:	Local do Câncer:	Idade do Diagnóstico:
Familiar 1. _____ ☐ Materno ☐ Paterno	Sítio do câncer: _____	_____
Familiar 2. _____ ☐ Materno ☐ Paterno	Sítio do câncer: _____	_____
Familiar 3. _____ ☐ Materno ☐ Paterno	Sítio do câncer: _____	_____
Familiar 4. _____ ☐ Materno ☐ Paterno	Sítio do câncer: _____	_____
Familiar 5. _____ ☐ Materno ☐ Paterno	Sítio do câncer: _____	_____
Familiar 6. _____ ☐ Materno ☐ Paterno	Sítio do câncer: _____	_____

*explicitar se materno,paterno, irmandade (irmãos e sobrinhos) e descendência (filhos e netos)

**AVALIAÇÃO DA HISTÓRIA PESSOAL E FAMILIAR
PARA SUSCETIBILIDADE AO CÂNCER PARA EXAMES ONCOGENÉTICOS**

SUSPEITA CLÍNICA:

PRINCIPAIS SINTOMAS CLÍNICOS:

OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES:
