Syöpäjärjestöt

Esitietolomake

Syövän periytyvyysneuvonta

Ota esitietolomake mukaan tullessasi sairaanhoitajan vastaanotolle, kiitos.

Neuvonnan pyytäjän nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Osoite: _____

Postinumero ja toimipaikka: _____

Puhelin: _____

Sähköposti: _____

Syntymäpaikkakunta: _____

_____

_____

Onko Teillä itsellänne hoidettu syöpä? Kyllä _ __ Ei ___

Mikä syöpä? _____

Missä hoidettu? _____

Missä iässä sairastunut? _____

Syöpäjärjestöt

Vanhemmat ja isovanhemmat (etunimi riittää)

	Etunimi	Syntymävuosi tai henkilötunnus	Mahd. kuolinaika	Syntymäpaikka Sairaala
Äitinne:				
Äitinne äiti:				
Äitinne isä:				
Isänne:				
Isänne äiti:				
Isänne isä:				

Onko edellä mainituilla todettu syöpää?

Kenellä?	Mikä syöpä?	Sairastumisikä?	Missä sairaalassa hoidettu?

Syöpäjärjestöt

2. Omat sisarukset (etunimi riittää)

Etunimi	Syntymävuosi	Mahd. kuolinaika tai kuolin ikä	Syntymäpaikka	Kotikunta

Onko edellä mainituilla todettu syöpää?

Kenellä?	Mikä syöpä?	Sairastumisikä?	Missä sairaalassa hoidettu?

Syöpäjärjestöt

3. Omat lapset

Etunimi	Syntymävuosi	Mahd. kuolinaika kuolin ikä	Kotikunta

Onko edellä mainituilla todettu syöpää?

Kenellä?	Mikä syöpä?	Sairastumisikä?	Missä sairaalassa hoidettu?

Syöpäjärjestöt

Muut sukulaiset

Kenellä muilla suvussanne on todettu syöpä? Tietoturvan takaamiseksi kirjaa vain etunimi. Sukupuun piirtämistä varten kirjaa mahdollisimman tarkasti kumman vanhemman puolelta sukulaissuhde on, esimerkiksi isän vai äidin puolelta tulevat tädit ja serkut.

Etunimi	Sukulaisuus (äidin vai isän puolelta?)	Syntymä-vuosi	Mikä syöpä?	Ikä sairastuessa	Missä sairaalassa hoidettu	Mahd. kuolinaika

Isänne sisarusten lukumäärä: siskoa veljeä

Äitinne sisarusten lukumäärä: siskoa veljeä

- ☐ Annan suostumukseni piirtää sukupuun edellä antamieni tietojen pohjalta
- ☐ Annan suostumukseni syöpäyhdistyksen periytyvyysneuvonnassa laaditun sukupuun tietojen välittämiseen asiantuntijalääkärin jatkoarviointia varten
- ☐ Annan suostumukseni tarvittaessa tietojeni lähettämiseen ja käsittelyyn yliopistosairaalan kliinisen genetiikan yksikköön tai muuhun erikoissairaanhoitoon

Lomakkeen täyttämispäivämäärä ___. ___.20 ____

Lomakkeen täyttäjän eli

neuvonnanpyytäjän allekirjoitus: _____