

Cuestionario sobre antecedentes familiares para síndromes comunes de cáncer hereditario

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

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

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
Por ejemplo: Cáncer colorrectal	ninguno	—	Hermano	36 años	Tía Primo	44 años 58 años	Abuelo	65 años

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

¿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: _____

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: _____