HBOC registeret

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi / DBCG

Off study

Screening for gynækologisk cancer

Navn: ---------- Cpr. nr. | | | | | | | | | |	Sygehus, afd.

Vejledning

Dette skema anvendes ved ophør med screening for gynækologiske cancer, og sendes til:

DBCG sekretariatet, H:S Rigshospitalet afsnit 7003, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø. Fax: 3526 3525, Telefon 3538 6530.

Rettelser udføres ved at overstrege feltet, og evt. tilføje data ved siden af feltet. Der må ikke anvendes retteblæk m.m..

Familienummer B \| \| \| \| \|

Dato for udgang af undersøgelsen \| \| \| \| \| \| Se nedenstående vejledning.
dag mdr. år

Årsag til udgang af kontrol

☐ Personen ønsker ikke videre kontrol			
☐ Fraflytter amtet	Henvist til: _____		
☐ Profylaktisk oophorektomi			
☐ Påvisning af cancer ovarii	Påvist ved planlagt DSOG kontrol	☐ Ja	☐ Nej
☐ Anden relateret cancer	Påvist ved planlagt DSOG kontrol	☐ Ja	☐ Nej
☐ Død	Dødsårsag: _____		
☐ Anden	Specificer: _____		

1. Personen ønsker ikke videre kontrol.
   Her angives datoen for sidste kontrol i afdelingen.
2. Fraflytter amtet.
   Her angives datoen for sidste kontrol i afdelingen.
3. Påvisning af ovarie eller anden cancer.
   Her angives datoen for operationen med påvisning af tumoren.

Kommentarer

_____

_____

_____

_____

Afdeling og sygehus ----------	Dato | | | | | | Signatur ---------- dag mdr. år

HBOC registeret

Danish Breast Cancer Cooperative Group

Off study

Screening for cancer mammae

Navn: ---------- Cpr. nr. ☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐	Sygehus, afd.

Vejledning

Dette skema anvendes ved ophør med screening for cancer mammae, og sendes til:

DBCG sekretariatet, H:S Rigshospitalet afsnit 7003, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø. Fax: 3526 3525, Telefon 3538 6530.

Rettelser udføres ved at overstrege feltet, og evt. tilføje data ved siden af feltet. Der må ikke anvendes retteblæk m.m..

Familienummer B☐☐☐☐☐

Dato for udgang af undersøgelsen ☐☐☐☐☐☐ Se nedenstående vejledning.
dag mdr. år

Årsag til udgang af kontrol

☐ Personen ønsker ikke videre kontrol			
☐ Fraflytter amtet	Henvist til: _____		
☐ Er fyldt 50 år og indgår i screening			
☐ Profylaktisk mastektomi			
☐ Påvisning af invasiv c. mammae	Påvist ved planlagt DBCG kontrol	☐ Ja	☐ Nej
☐ Påvisning af in situ karciom	Påvist ved planlagt DBCG kontrol	☐ Ja	☐ Nej
☐ Anden relateret cancer	Påvist ved planlagt DBCG kontrol	☐ Ja	☐ Nej
☐ Død	Dødsårsag: _____		
☐ Anden	Specificer: _____		

1. Personen ønsker ikke videre kontrol.
   Her angives datoen for sidste kontrol i afdelingen.
2. Fraflytter amtet.
   Her angives datoen for sidste kontrol i afdelingen.
3. Er fyldt 50 år og indgår i screening.
   Her angives datoen for sidste kontrol i afdelingen.
3. Påvisning af cancer mammae.
   Her angives datoen for den objektive påvisning af tumoren.
4. Påvisning af anden cancer.
   Her angives datoen for den objektive påvisning af tumoren.

Kommentarer

_____

_____

Afdeling og sygehus ----------	Dato ☐☐☐☐☐☐ Signatur ---------- dag mdr. år