# HBOC registeret Personskema

DANISH BREAST CANCER COOPERATIVE GROUP

| Index person | |
|---|---|
| Navn: ---------- | Familienummer B ☐☐☐☐ |
| Cpr. nr. ☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐ | Kommentar _____ |

## Vejledning

**Det aktuelle skema anvendes til registrering af personer med arvelig disposition til bryst- og/eller æggestokkræft**

**Familien** skal på forhånd være registreret i DBCG med tildeling af et familienummer (B-nummer).
**Kopi** af skemaet medsendes til den eller de afdelinger der anmodes om at varetage den kliniske kontrol.
**Skemaet sendes til:** DBCG sekretariatet, H:S Rigshospitalet afsnit 7003, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø.
Ved hastesager kan skemaet indsendes via fax: 3526 3525, efterfulgt af postfremsendelse.

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

## Målgruppen

Kvinder, der tilhører en familie hvor der er påvist en risikogivende mutation i et gen der disponerer til brystkræft (herunder BRCA1 og BRCA2), hvor kvinden:

| | Ja | Nej |
|---|---|---|
| Selv har fået påvist mutationen | ☐ | ☐ |
| ikke er undersøgt, men er 1. eller 2. grads slægtning til en bærer | ☐ | ☐ |
| Kvinden er førstegradsslægtning (eller andengrads slægtning via en mand) til: | | |
| En patient der fik påvist brystkræft før 40 års alderen | ☐ | ☐ |
| En patient der har haft både bryst - og æggestokkræft | ☐ | ☐ |
| To førstegradsslægtninge med brystkræft før 50 års alderen eller æggestokkræft | ☐ | ☐ |
| Tre førstegradsslægtninge med brystkræft, hvoraf mindst en fik sygdommen før 50 års alderen | ☐ | ☐ |
| En mand med brystkræft | ☐ | ☐ |

Personen tilhører målgruppen ved mindst et kryds i **Ja**-kolonnen.

## Registrering

| | Ja | Nej |
|---|---|---|
| Mundtlig og skriftlig samtykke til registrering | ☐ | ☐ |
| Familien er registreret, og har fået tildelt et B-nummer | ☐ | ☐ |
| Alder ≥ 18 år og myndig | ☐ | ☐ |

Personen registreres i DBCG, hvis alle krydsene sættes i **Ja**-kolonnen.

## Hospitalsafdelinger

| Genetisk udredning foretaget af: | Henvises til mammakontrol på: | Henvises til gynækologisk kontrol på: |
|---|---|---|
| Afdeling _____ | Afdeling: _____ | Afdeling: _____ |
| Dato: ☐☐☐☐☐☐ (dag-mdr.-år) | Sygehus: _____ | Sygehus: _____ |
| Signatur _____ | | |