

Indexperson (den person, der primært har efterspurgt genetisk rådgivning) Navn: _____ CPR nr: _____ - _____ Rådg.-nr: _____	Udfyldes af DBCG, hvis familien ikke tidligere er indberettet Familienummer B _____ Indberettet: _____ Kommentar: _____ _____
--	--

Vejledning

Dette skema sendes af klinisk genetisk afdeling, når familien er færdigudredt, eller hvis der efterfølgende kommer en revision.

Skemaet sendes til: DBCG-sekretariatet, H:S Rigshospitalet afsnit 2501, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø.
Skemaet kan indsendes via fax: 3526 3525

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

Risikogruppe

Familien tilhører flg. risikogruppe:	Høj risiko for c. mammae og c. ovarii: <input type="checkbox"/> Høj risiko for c. mammae: <input type="checkbox"/> Moderat risiko for c. mammae: <input type="checkbox"/> Ikke væsentligt øget risiko: <input type="checkbox"/>
Er der påvist en disponerende mutation	<input type="checkbox"/> Ej undersøgt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
- Hvis ja, i: BRCA1: <input type="checkbox"/> BRCA2: <input type="checkbox"/> andet: _____	
Der forekommer i familien:	Ja Nej/øj oplyst
- kvinde med c. mammae _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- c. ovarii/salpinges/peritonei _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- multifokal c. mammae _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- bilateral c. mammae _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- c. mammae og c. ovarii hos samme person _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- 1 tilfælde af kvinde med c. mammae < 40 år og ingen andre tilfælde af HBOC-relateret cancer _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- mand med c. mammae _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Husk at alle spørgsmål skal besvares. Ja må gerne afkrydses for flere spørgsmål	

Genetisk udredning foretaget af:

Afdeling : _____ Sygehus _____ Kode (udfyldes af DBCG) _____	Dato _____ dag mdr. år Signatur _____
--	---