

Navn: _____ Cpr. nr. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Familienummer : B <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	---

Vejledning

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

DBCG sekretariatet, H:S Rigshospitalet afsnit 2501, 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..

Dato for udgang af undersøgelsen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dag		mdr.	år		

Se nedenstående vejledning.

Årsag til udgang af kontrol

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 karcinom i bryst *)

Påvist ved planlagt DBCG kontrol

Ja Nej

Anden relateret cancer

Påvist ved planlagt DBCG kontrol

Ja Nej

Død

Dødsårsag: _____

Anden

Specificer: _____

*) Indgår igen i genetisk kontrolprogram efter ophør af kontrol i DBCG-regi.

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.

4. Påvisning af cancer mammae.
Her angives datoen for den objektive påvisning af tumoren.

5. Påvisning af anden cancer.
Her angives datoen for den objektive påvisning af tumoren.

Kommentarer

Kontrollerende afdeling og sygehus

Afdeling : _____

Sygehus _____

Kode (udfyldes af DBCG) _____

Dato
dag mdr. år

Signatur _____