

Navn: Cpr. nr. <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											Familienummer : B <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>					

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: 3866 0670, Telefon 3866 0660.

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

dag	mdr.	år			

Se nedenstående vejledning.

Årsag til udgang af kontrol

<input type="checkbox"/> Ønsker ikke videre kontrol			
<input type="checkbox"/> Fraflytter amtet	Henvist til:	_____	
<input type="checkbox"/> Er fyldt 50 år og indgår i screening			
<input type="checkbox"/> Profylaktisk mastektomi			
<input type="checkbox"/> Påvisning af invasiv c. mammae *)	Påvist ved planlagt DBCG kontrol	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Påvisning af in situ karcinom i bryst *)	Påvist ved planlagt DBCG kontrol	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Anden relateret cancer	Påvist ved planlagt DBCG kontrol	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Død	Dødsårsag:	_____	
<input type="checkbox"/> 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.
4. Påvisning af cancer mammae.
Her angives datoen for den objektive påvisning af tumoren.

2. Fraflytter amtet.
Her angives datoen for sidste kontrol i afdelingen.
5. Påvisning af anden cancer.
Her angives datoen for den objektive påvisning af tumoren.

3. Er fyldt 50 år og indgår i screening.
Her angives datoen for sidste kontrol i afdelingen.

Kommentarer

Kontrollerende afdeling og sygehus Afdeling : _____ Sygehus _____ Kode (udfyldes af DBCG) _____	Dato <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td>dag</td><td>mdr.</td><td>år</td><td colspan="3"></td></tr></table> Signatur _____							dag	mdr.	år			
dag	mdr.	år											