

ENCUESTA PROGRAMA ALTO RIESGO CANCER MAMA Y/O OVARIO

Instrucciones:

Las preguntas que se encuentran a continuación permiten al equipo de Alto Riesgo realizar una completa evaluación de sus antecedentes personales y familiares. Por este motivo es de gran importancia que usted complete en su totalidad este cuestionario. Es necesario lo siguiente:

- Incluir a todos sus familiares (sanos o diagnosticados con cáncer)
- Indicando edad actual o edad de fallecimiento de TODOS sus familiares (si no sabe las edades exactas tratar de aproximar);
- Indicar el nombre y edad del familiar (padres, hermanos, hijos, abuelos, tíos, primos y sobrinos), independiente de si han tenido o no cáncer;
- Edad de diagnóstico de cáncer de algún familiar, si es que hubieren tenido cáncer de algún tipo; y
- Qué tipo de cáncer tuvo su familiar (lugar dónde se originó el tumor).
- Copias de biopsias y registros médicos de un cáncer que usted o su familiar.

I. Antecedentes Demográficos	
1. Nombre *País de origen familia materna *País de origen familia paterna	
2. Fecha de nacimiento	
4. Edad	
5. Nacionalidad	
6. Actividad	
7. RUT	
8. Dirección	
9. Teléfonos de contacto *Teléfono casa *Teléfono oficina *Teléfono celular	
10. Correo electrónico	
11. Médico que deriva	
12. Médico tratante	
13. Fecha encuesta	

II. Antecedentes de Salud	
Enfermedades (Ej.: Cáncer) y Año de diagnóstico	Tratamiento médico
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
Intervenciones quirúrgicas	Fecha de intervención
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.

III. Hábitos					
Tabaco	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table> <p>¿Cuántos cigarrillos fuma al día? R:</p> <p>¿Desde qué edad fuma? R:</p>	SI		NO	
SI		NO			
Alcohol	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table> <p>¿Cuántas copas bebe al día? R:</p> <p>¿Desde qué edad bebe? R:</p>	SI		NO	
SI		NO			

IV. Preguntas específicas de Riego de Cáncer

Edad de primera regla (años)

R:

¿Usted ya paso por la menopausia?

SI		NO	
----	--	----	--

¿Edad menopausia? (años)

R:

Peso (kg.):

R:

Estatura (mt.):

R:

Edad de primer parto (años):

R:

Numero total de partos:

R:

¿Ha dado lactancia materna?

SI		NO	
----	--	----	--

Meses de lactancia en total de hijos:

R:

¿Ha usado terapia de reemplazo hormonal para ayudar con los síntomas de la menopausia?

SI		NO	
----	--	----	--

¿Cuánto tiempo?

R:

¿De qué tipo?

R:

Estrógeno sólo (Histerectomizada)

R:

Combinada (estrógeno más progesterona) (NO histerectomizada)

R:

¿Ha estado alguna vez en tratamiento de fertilidad?

SI		NO	
----	--	----	--

Tipo de tratamiento de fertilidad	Edad a la que se realiza (años)
Inducción de la ovulación	
Fertilización in vitro	

¿Ha usado tratamiento anticonceptivo?

SI		NO	
----	--	----	--

¿Cuál (es)? Por favor especificar (ej. Pastillas anticonceptivas, T de cobre):

R:

Para cada uno de los métodos utilizados, especificar:

¿Cuánto tiempo en total para cada uno?

R:

¿Desde qué edad?

R:

¿Hasta que edad?

R:

¿Ha tenido cáncer de mama u ovario?

SI		NO	
----	--	----	--

Edad de diagnóstico:

R:

Fecha de diagnóstico:

R:

¿Ha recibido tratamiento?

SI		NO	
----	--	----	--

Radioterapia	Si	No	¿En qué parte del cuerpo?	¿Cuánto tiempo?
Quimioterapia	Si	No	¿Cuánto tiempo recibió quimioterapia?	
Cirugía	Si	No	¿Qué cirugía se practico?	Fecha de cirugía

¿Ud. ha tenido otro tipo de cáncer?

SI		NO	
----	--	----	--

Edad de diagnóstico:

R:

Fecha de diagnóstico:

R:

Radioterapia	Si	No	¿En qué parte del cuerpo?	¿Cuánto tiempo?
Quimioterapia	Si	No	¿Cuánto tiempo recibió quimioterapia?	
Cirugía	Si	No	¿Qué cirugía se practico?	Fecha de cirugía

¿Su familia materna es de origen Judío Askenazí?

SI		NO	
----	--	----	--

¿Su familia paterna es de origen Judío Askenazí?

SI		NO	
----	--	----	--

V. Antecedentes familiares

Padres

Edad materna (años) :

R:

Edad paterna (años) :

R:

¿Su padre o madre han tenido algún tipo de cáncer?

	Nombre	SI	NO	Tipo de cáncer	Edad de diagnóstico
Padre					
	Nombre	SI	NO	Tipo de cáncer	Edad de diagnóstico
Madre					

¿Alguno de sus padres ha fallecido?

Padre	SI	NO	Causa de fallecimiento	Edad de fallecimiento
Madre	SI	NO	Causa de fallecimiento	Edad de fallecimiento

Hermanos

¿Usted tiene hermanos?

SI		NO	
-----------	--	-----------	--

A continuación mencione a sus hermanos/as y la edad de cada uno de ellos, aun cuando no hayan desarrollado enfermedad:

Hermanos	Nombre	Edad
Hermanas	Nombre	Edad

¿Alguno de sus hermanos ha tenido cáncer?

Nº hermano	Nombre	Sexo	Edad	Diagnóstico de cáncer (tipo de cáncer)	Edad de diagnóstico	Falleció por cáncer SI/NO	Edad de fallecimiento

Hijos

¿Tiene hijos/as?

SI		NO	
----	--	----	--

A continuación indique el nombre y edad de todos sus hijos:

Hijos	Nombre	Edad
Hijas	Nombre	Edad

Nº Hijo	Nombre	Sexo	Edad	Diagnóstico de cáncer (tipo de cáncer)	Edad de diagnóstico	Falleció por cáncer SI/NO	Edad de fallecimiento

Nietos

¿Tiene nietos/as?

SI		NO	
----	--	----	--

A continuación indique el nombre y edad de todos sus nietos:

Nietos	Nombre	Edad
Nietas	Nombre	Edad

Nº Nieto	Nombre	Sexo	Edad	Diagnóstico de cáncer (tipo de cáncer)	Edad de diagnóstico	Falleció por cáncer SI/NO	Edad de fallecimiento

Tíos paternos

¿Tiene tíos paternos?

SI		NO	
----	--	----	--

A continuación indique el nombre de todos sus tíos y tías

Tíos	Nombre	Edad
Tías	Nombre	Edad

Nº Tío/a	Nombre	Sexo	Edad	Diagnóstico de cáncer (tipo de cáncer)	Edad de diagnóstico	Falleció por cáncer SI/NO	Edad de fallecimiento

Tíos maternos

¿Tiene tíos maternos?

SI		NO	
----	--	----	--

A continuación indique el nombre de todos sus tíos y tías

Tíos	Nombre	Edad
Tías	Nombre	Edad

Nº Tío/a	Nombre	Sexo	Edad	Diagnóstico de cáncer (tipo de cáncer)	Edad de diagnóstico	Falleció por cáncer SI/NO	Edad de fallecimiento

Abuelos paternos

Nombre Abuelo paterno	Edad	Diagnóstico de cáncer (tipo de cáncer)	Edad de diagnóstico	Edad de fallecimiento	Causa de fallecimiento
Nombre Abuela paterna	Edad	Diagnóstico de cáncer (tipo de cáncer)	Edad de diagnóstico	Edad de fallecimiento	Causa de fallecimiento

Abuelos maternos

Nombre Abuelo materno	Edad	Diagnóstico de cáncer (tipo de cáncer)	Edad de diagnóstico	Edad de fallecimiento	Causa de fallecimiento
Nombre Abuela materno	Edad	Diagnóstico de cáncer (tipo de cáncer)	Edad de diagnóstico	Edad de fallecimiento	Causa de fallecimiento

Primos hermanos paternos

¿Tiene primos hermanos paternos?

SI		NO	
----	--	----	--

A continuación indique el nombre de todos sus primos/as hermanos/as paternos:

Primos hermanos paternos	Nombre del tío (papá o mamá del primo)	Nombre primo	Edad
Primas hermanas paternas	Nombre del tío (papá o mamá de la prima)	Nombre prima	Edad

Si usted tuvo un primo/a paterno que fue diagnosticada con un cáncer o esta fallecido por otra causa por favor detalle a continuación:

Nombre del tío (papá o mamá del primo)	Nombre primo/a	Sexo	Edad	Diagnóstico de cáncer (tipo de cáncer)	Edad de diagnóstico	Falleció por cáncer SI/NO	Edad de fallecimiento

Primos hermanos maternos

¿Tiene primos hermanos maternos?

SI		NO	
-----------	--	-----------	--

A continuación indique el nombre de todos sus primos/as hermanos/as maternas:

Primos hermanos maternos	Nombre del tío (papá o mamá del primo)	Nombre primo	Edad
Primas hermanas maternos	Nombre del tío (papá o mamá de la prima)	Nombre prima	Edad

Si usted tuvo un primo/a materno que fue diagnosticada con un cáncer o esta fallecido por otra causa por favor detalle a continuación:

Nº primo/a	Nombre	Sexo	Edad	Diagnóstico de cáncer (tipo de cáncer)	Edad de diagnóstico	Falleció por cáncer SI/NO	Edad de fallecimiento

Sobrinos

¿Tiene sobrinos/as?

SI		NO	
----	--	----	--

Nombre de madre o padre de su sobrino (su hermano/a) y edad	Nº sobrino y nombre	Sexo	Edad	Diagnostico de cáncer (tipo de cáncer)	Falleció por cáncer SI/NO	Edad de fallecimiento

OTROS FAMILIARES

¿Tiene algún otro familiar que haya sido diagnosticado con un cáncer que no ha mencionado?

SI		NO	
----	--	----	--

Si la respuesta fue **SI**, por favor detallar a continuación:

Parentesco	Nombre del pariente	Sexo	Edad	Diagnostico de cáncer (tipo de cáncer)	Falleció por cáncer SI/NO	Edad de fallecimiento

¿Algún familiar suyo tiene alguna enfermedad genética tal como las señaladas a continuación?

Síndrome Li- Fraumeni: mutación gen TP53, relacionado con cáncer de tejidos blandos, mama, ovario, tiroides, sarcomas.

Enfermedad de Cowden: mutación PTEN (gen supresor de tumor): relacionado con cáncer de mama, endometrio, tiroides, hepático, páncreas, sarcoma.

Síndrome Peutz- Jeghers: alteración cromosoma 19: relacionado con polipomatosis hereditaria familiar y por ende Cáncer de colon.

Clínica de lesiones cutáneas y pólipos intestinales.

SI		NO	
¿Cuál?			

¿Se ha realizado alguna biopsia mamaria?

SI		NO	
Número de biopsias:			

En la biopsia, ¿hubo resultado de Hiperplasia Ductal Atípica o Lobulillar atípica?

SI		NO	
-----------	--	-----------	--

En la biopsia, ¿hubo resultado de neoplasia lobular o carcinoma lobulillar in situ, cicatriz radiada, lesión papilar, atipia plana?

SI		NO	
-----------	--	-----------	--

