

## MEME HASTALARINA AİT BİLGİ FORMU

1. Adınız, Soyadınız? .....
2. Kaç yaşındasınız? .....
3. Doğum tarihiniz? .....
4. Cinsiyetiniz nedir? Kadın  Erkek
5. İkiziniz var mı?
  - a) Evet – tek yumurta ikizi misiniz? → a) Evet b) Hayır
  - b) Hayır
  - c) Bilmiyorum
  - d) İkiz kardeşinizde herhangi bir hastalık var mı ?..... Nedir?.....
6. Kan Grubunuz Nedir? .....Rh(....)
7. Şu andaki boy ve kilonuz?.....
8. Kanser tanısı konulmadan bir yıl önceki kilonuz?.....
9. Hastalanmadan önce kullandığınız sütyen bedeni nedir?.....
10. Öğrenim durumunuz nedir?.....
11. Mesleğiniz nedir? Kaç yıldır yapıyorsunuz?.....
12. Medeni durumunuz nedir?
13. Sizin, anne ve babanız ile anneanneniz ve dedeniz, babaanneniz ve dedenizin doğdukları şehir ya da ülke neresidir?
  - Siz .....
  - Anneniz .....
  - Babanız .....
  - Anneanneniz .....
  - Dedeniz .....
  - Babaanneniz .....
  - Dedeniz .....
14. Etnik kökeniniz nedir ya da hangi ırktan geliyorsunuz?
  - Türk ( ); Arap ( ); Kürt ( ); Rum ( ); Süryani ( ); Kafkas ( ); Balkan ( ); Tatar ( );
  - Ashkenazi/Musevi ( ); Diğer( )

15. Sizin, anne ve babanız ile anneanneniz ve dedeniz, babaanneniz ve dedenizin doğduklarındaki dinleri neydi?

	Siz	Annemiz	Babanız	Anne- anneniz	Dedeniz	Baba- anneniz	Dedeniz
Müslüman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hıristiyan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yahudi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İnanmıyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diğer (lütfen belirtiniz).....

16. Sigara içme alışkanlığı:

Hiç içmedim ( ) Hala içiyor ( ) Eskiden içerdim ( ) Kaç Yıl: Adeti/Gün:

17. Sigara içilen ortamlarda sıkça bulunuyor musunuz ?

Evet ( ) Hayır ( )

18. Alkollü içecekler kullandınız mı?

Evet ( ) Hayır ( ) Bira/Şarap/Likör ( ) Rakı/Viski/Votka ( )

- Eskiden kullanırdım ( )
- Nadiren/Sosyal içici ( )
- Haftada 1 kez ( )
- Haftada 2-3 kez ( )
- Haftada 4-5 kez ( )
- Haftada 6-7 kez ( )

19. Ailenizde herhangi bir genetik hastalık mevcut mu? .....

20. Bununla ilgili olarak yapılmış bir genetik test var mı?..... Sonucu:.....

21. Herhangi bir doktor hastalığınız hakkında size bilgi verdi mi? Kanser, lösemi ya da habis bir hastalıktan söz etti mi?

- a) Evet - kanser tipi nedir? .....
- ilk tanı koyulduğunda kaç yaşındaydınız?.....
- b) Hayır
- c) Bilmiyor

22. Tanımlanmış ikinci bir primer tümörünüz var mı?

- a. Evet - kanser tipi nedir? .....
- ilk tanı koyulduğunda kaç yaşındaydınız?.....
- b. Hayır
- c. Bilmiyor

23. Hastalığı nasıl fark etiniz?
- Hamilelik esnasında
  - Emzirme sırasında
  - Kendi kendine muayene sırasında
  - Tarama sırasında
  - Ağrı varlığı ile kontrol

**Kadın hastalar için 25.sorudan devam ediniz.**

### **SADECE ERKEKLER**

24. Doktorunuz hiç sizde prostat hiperplazisi ya da prostatınızda büyüme var dedi mi?
- Evet-kaç yaşındaydınız?.....
  - Hayır
  - Bilmiyor

**Erkek hastalar için 43. sorudan devam ediniz.**

### **CERRAHİ HİKAYE**

25. Kanser tanısından bir yıl öncesine kadar tam olarak bir memeniz alındı mı?
- Evet, Sağ/Sol meme → Kaç yaşındaydınız?.....Nedeni:.....
  - Hayır
26. Kanser tanısından bir yıl öncesine kadar herhangi bir yumurtalığınız alındı mı?
- Evet, Sağ/Sol yumurtalık →Kaç yaşındaydınız?.....Nedeni:.....
  - Hayır
27. Kanser tanısı koymak için meme biyopsisi yapıldı mı? ya da memenin bir bölümü alındı mı?
- Evet – Kaç yaşındaydınız?.....
  - Hayır
  - Bilmiyorum

### **MEME İLE İLGİLİ SORULAR**

28. Hiç mamografi yaptırdınız mı?
- Evet - kanser tanısından 1 yıl öncesine kadar kaç kez mamografi yaptırdınız?..... En son nerde ve ne zaman yaptırdınız?.....
  - Hayır

### **HAMİLELİKLE İLGİLİ SORULAR**

29. Hamile kaldınız mı?

- Evet
- Hayır

30. Hamileliğinizin gidişi nasıldı?

1.Hamilelik    2.Hamilelik    3.Hamilelik    4.Hamilelik    Diğer.

- |                    |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Şu anda hamile  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Tek canlı doğum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- c) Çok canlı doğum
- d) Ölü doğum
- e) Düşük
- f) Dış gebelik
- g) Kürtaj

31. İlk hamile kaldığınızda kaç yaşındaydınız? .....

32. Hamileliğiniz ne zaman bitti?

- 1.Hamilelik Tarih..... 2.Hamilelik Tarih..... 3.Hamilelik Tarih..... 4.Hamilelik Tarih..... Diğer Tarih.....

33. Ölü doğum ve kürtajlarda gebeliğin sonlandırılma ayı ve sebebi

- a) 3 ay ya da daha fazla ; Nedeni:.....
- b) 4-6 ay ; Nedeni:.....
- c) 7ay ya da daha fazla ; Nedeni:.....

34. Yaşayan çocuklarınızı emzirdiniz mi? (ARALIKLARIN YANINA AY OLARAK BELİRTİNİZ)

- |                     | 1.Çocuk                  | 2.Çocuk                  | 3.Çocuk                  | 4.Çocuk                  | Diğer                    |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Evet- 1 aydan az | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) 1-5 ay           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ii) 6-11 ay         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| iii) 12-24 ay       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| iv) 24 aydan fazla  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Hayır            |                          |                          |                          |                          |                          |

## ÜREME FONKSİYONLARI, MENOPOZ VE HORMON TEDAVİLERİ

35. İlk adet kanamanız kaç yaşında başladı .....

36. Kanama miktarı: Az( ); Normal( ); Çok( ); Ağrılı( )

37. Adetleriniz devam ediyor mu?

- a) Evet
- b) Hayır

38. Adetten neden kesildiniz?

- a) Doğal menopoz
- b) Cerrahi ya da tıbbi tedavi:
1. a)Histerektomi
  2. b)Ooferektomi
  3. c)Radyasyon ya da kemoterapi
  4. d)Diğer lütfen belirtiniz
- c) Bilmiyor

39. Hastalık tanısı aldığınızda menapozal durumunuz hangisine uymaktadır?  
a) Premenapozal : En son ne kadar zaman önce adet oldunuz?  
b) Postmenapozal : En son ne kadar zaman önce adet oldunuz?
40. Doğum kontrol hapı kullandınız mı?  
a) Evet Kaç yaşında başladınız?..... Kaç yıl kullandınız?.....  
b) Hayır
41. Hastalık tanısı koyulana kadar herhangi bir sebeple kısırlık ya da adetlerinizi durdurmak amacıyla hiç hormon tedavisi aldınız mı ya da östrojen ve/veya progesteron gibi hormonlar kullandınız mı?  
a) Evet -Kullanılan ilaç / hormon tipi?..... Süre / yıl:.....  
b) Hayır
42. Menopoz için östrojen, progesteron ya da kadın hormonları hiç aldınız mı? Hap, iğne, deri üzerine yapışan bant şeklinde ilaçlar, vajinal krem ya da vajinal fitil kullandınız mı?  
a) Evet - Başlangıç ve bitiş tarihi;..... Toplam kullanılan yıl:.....  
b) Hayır  
c) Bilinmiyor
43. Tamoksifen ya da Nolvadex adında bir ilaç kullandınız mı?.....
44. İlk kez Tamoksifen ya da Nolvadeks kullandığınızda kaç yaşındaydınız?.....
45. Hala Tamoksifen ya da Nolvadeks kullanıyor musunuz?  
a) Evet  
b) Hayır – en son Tamoksifen ya da Nolvadeks aldığınızda kaç yaşındaydınız?.....

### **RADYASYON ETKİLEŞİMİ**

46. Kanser tanısından 1 yıl öncesine kadar radyasyona maruz kaldınız mı? Ne sıklıkta?  
a) Evet  
b) Hayır

	X ışını uygulama sayısı	X-ışını uygulandığındaki yaş
i) Kalbe katater takılması		
ii) Scoliosis	.....	.....
iii) İnce bağırsağa Baryum uygulaması	.....	.....
iv) BT ya da pelvise X-ışını uygulaması	.....	.....
v) Kanser	.....	.....
vi) Akne	.....	.....
vii) Mastit	.....	.....
viii) Genişlemiş timus bezi	.....	.....
ix) Tüberküloz (fluoroskopik X-ışını)	.....	.....
x) Hemanjiyom	.....	.....
xi) Rahimde kanama	.....	.....
xii) Rahim büyümesi	.....	.....
xiii) Diğer(lütfen belirtiniz).....	.....	.....
xiv) Hiç		
xv) Bilmiyor		

## FİZİKSEL ÇALIŞMALAR

47. Hiç spor yaptınız mı?

a) Evet-profesyonel anlamda (yüzme, aerobik, jimnastik, koşu, basketbol, futbol, voleybol, tenis, dağcılık, vb)

Hangi spor dalında:.....Kaç yaşları arasında:.....Kaç yıl.....

b) Evet-hafif spor olarak (yürüyüş vb)

Hafif spor tipi:.....Kaç yaşları arasında:.....Kaç yıl.....

c) Hayır

	Haftada ortalama saat									Yılda ortalama ay			
	Hiç	½	1	1 ½	2	3	4-6	7-10	11>	1-3	4-6	7-9	10-12
12-17 yaş	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18-24 yaş	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25-34 yaş	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34-44 yaş	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45-54 yaş	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55->yaş	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kanser Tanısından 3 yıl önce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>