

**Podlaskie Centrum Medyczne**  
**„GENETICS” Leśniewicz s. j.**  
 15-224 Białystok, ul. Parkowa 14 lok. 84  
 tel. 85 7426 426, NIP: 5423094318

## Poradnia Genetyczna

### ANKIETA

**Podlaskie Centrum Medyczne „Genetics”** prowadzi badania mające na celu wykrycie i objęcie opieką lekarską rodzin, w których występują nowotwory, głównie raki piersi i jajnika. Badania genetyczne pozwalają wykryć zagrożenie nowotworowe na kilka lub kilkanaście lat przed pojawieniem się objawów klinicznych, zwiększając przez to szansę całkowitego wyleczenia. Warunkiem kwalifikacji do badań onkologiczno-genetycznych jest wypełnienie poniższej ankiety. W przypadku wystąpienia zachorowań na nowotwory można zasięgnąć porady Poradni Genetycznej. Prosimy o wypełnienie poniższej ankiety nawet, jeśli posiadane dane nie są kompletne.

**Nazwisko i imię:** \_\_\_\_\_,

**Wiek:** \_\_\_\_\_

**Adres:** \_\_\_\_\_

**telefon:** \_\_\_\_\_, **adres e-mail:**

**PESEL** \_\_\_\_\_, **Oddział NFZ** \_\_\_\_\_

Czy Pan/Pani chorował/a na nowotwór? (podkreślić właściwą odpowiedź)

TAK, NIE, NIE WIEM

Jeśli TAK, podać lokalizację nowotworu, ew. rozpoznanie kliniczne

**Przebyte leczenie:** operacja chirurgiczna (podać rok) \_\_\_\_\_

radioterapia (podać rok) \_\_\_\_\_

chemioterapie (podać rok) \_\_\_\_\_

	<b>Czy chorował(a) na nowotwór (guz, rak) Wpisać: TAK, NIE, NIE WIEM</b>	<b>Lokalizacja nowotworu (zajęty narząd)</b>	<b>Wiek zachorowania (w latach)</b>	<b>Jeśli krewny zmarł, to w jakim wieku</b>
<b>Bracia</b>				
<b>Siostry</b>				
<b>Synowie</b>				
<b>Córki</b>				

**Podlaskie Centrum Medyczne**  
**„GENETICS” Leśniewicz s. j.**  
 15-224 Białystok, ul. Parkowa 14 lok. 84  
 tel. 85 7426 426, NIP: 5423094318

<b>Wnuki, wnuczki</b>				
<i>OJCIEC</i>				
<b>Bracia ojca</b>				
<b>Siostry ojca</b>				
<b>Ojciec ojca</b>				
<b>Mama ojca</b>				
<i>MATKA</i>				
<b>Bracia matki</b>				
<b>Siostry matki</b>				
<b>Ojciec matki</b>				
<b>Mama matki</b>				

Tylko w przypadku stwierdzenia podejrzenia wysokiej genetycznej predyspozycji do nowotworów w rodzinie prześlemy Państwu informację określającą termin konsultacji genetycznej.

**ADRES ZWROTNY:**

**Podlaskie Centrum Medyczne „Genetics”, ul. Parkowa 14/84, 15-224 Białystok**  
**Tel. 85 7426 426**

\_\_\_\_\_  
 Data, podpis i pieczęć pielęgniarki środowiskowej/  
 Lekarza rodzinnego

\_\_\_\_\_  
 Data i podpis Ankietowanego