

# Государственная программа онкологического обследования

Фамилия				Телефон	Дом. тел.	
Имя		Регистрационный номер		Телефон	Дом. тел.	
<input type="checkbox"/> Участник медицинского страхования <input type="checkbox"/> Обладатель права на бесплатное получение медицинских услуг				E-mail		
				Способ получения результатов медицинского обследования		<input type="checkbox"/> Почта <input type="checkbox"/> E-mail
Адрес						Почтовый индекс
						-

**※ Онкологическое обследование (общее)**

※ Ознакомьтесь с содержанием следующего раздела и отметьте графы, соответствующие Вашему текущему состоянию, знаком «○».

1. Наблюдаются ли у Вас **симптомы неудобства** в какой-либо части тела? Где?

① Да (симптом: \_\_\_\_\_)      ② Нет

2. В течение последних 6 месяцев наблюдалось ли у Вас сокращение массы тела на более чем 5 кг без особых причин?

① Нет      ② Сокращение массы тела(\_\_\_\_\_ кг)

3. Имеются ли сейчас или были ли в прошлом у членов Вашей семьи (Вы сами, Ваши родители, братья, сестры, дети) случаи заболевания раком?

Разновидность онкологии	Нет	Затрудняюсь с ответом	Имеется (возможность множественного выбора)				
			Сам обследуемый	Родители обследуемого	Братья обследуемого	Сестры обследуемого	Дети обследуемого
Рак желудка							
Рак молочной железы							
Рак кишечника							
Рак печени							
Рак шейки матки							
<b>Рак легких</b>							
Другая (рак _____)							

4. Проходили ли Вы какое-либо из следующих медицинских обследований?

Название обследования		Время проведения обследования			
		более 10 лет назад или не проходил	менее 1 года назад	более 1 года назад - менее 2 лет назад	более 2 года назад - менее 10 лет назад
Рак желудка	Осмотр верхней пищеварительной системы (рентгенография желудка)				
	Эндоскопия желудка				
Рак молочной железы	Съемка молочной железы				
Рак кишечника	Проба на скрытую кровь в кале (анализ кала)				
	Ирригоскопия кишечника (рентгенография кишечника)				
	Эндоскопия желудка				
Рак шейки матки	Анализ на цитологию шейки матки				
<b>Рак легких</b>	<b>КТ грудной клетки</b>				
Рак печени	УЗИ печен	не проходил	в течение 6 месяцев	от 6 месяцев до 1 года	более года назад

## ※ Рак желудка, кишечника, печени

※ Отметьте соответствующие графы знаком «○».

5. Имеются или имелись ли у Вас диагностированные болезни желудка?

Название заболевания	Язва желудка	Атрофический гастрит	Кишечная метаплазия	Полипы желудка	Другие	Не имелось
Наличие заболевания						

6. Имеются или имелись ли у Вас диагностированные заболевания заднего прохода?

Название заболевания	Полипы толстой кишки	Язвенный колит	Болезнь Крона	Геморрой (геморроидальный узел, анальная трещина)	Другие	Не имелось
Наличие заболевания						

7. Имеются ли у Вас расстройства печени?

Название заболевания	Носитель вируса гепатита В	Хронический гепатит В	Хронический гепатит С	Цирроз печени	Другие	Не имелось
Наличие заболевания						

8. У вас когда-нибудь диагностировалось заболевание легких?

Болезнь	Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) (хронический бронхит, эмфизема и др.)	Туберкулез легких (ТБ)	Легочные узелки	Интерстициальные заболевания легких (ИБЛ)	Пневмокониоз	Другие (напишите)	Нет
Да							

## ※ Рак молочной железы и шейки матки (только для лиц женского пола)

8. Каков был срок первой менструации?  
①Возраст \_\_\_\_\_ ②Менструации еще не начались.
9. Каково текущее состояние менструаций?  
①Менструации продолжаютя ②Была проведена гистерэктомия  
③Наступил климакс (возраст: \_\_\_\_\_ лет)
10. Проводилась или проводится ли Вами гормональная терапия для ослабления проявлений климакса?  
①Гормональные препараты не принимались ②Прием менее 2 лет  
③Прием более 2, но менее 5 лет ④Прием более 5 лет ⑤Затрудняюсь с ответом
11. Сколько у Вас было родов?  
① 1 ②Больше 2 ③Не рожала
12. Велось ли Вами кормление грудью, и какова была его общая продолжительность?  
①Менее 6 месяцев ②6 месяцев – менее 1 года ③Более 1 года ④Кормление грудью не велось
13. Имеются или имелись ли у Вас диагностированные **доброкачественные** опухоли?  
(под доброкачественной опухолью подразумеваются кисты, наросты и другие новообразования **кроме рака**)  
① Да ② Нет ③ Затрудняюсь с ответом
14. Производился или производится ли Вами прием контрацептивов?  
① Контрацептивы не принимались ② Прием менее 1 года  
③ Прием более 1 года ④ Затрудняюсь с ответом