

Evaluación del riesgo para Síndromes de cáncer hereditario

Nombre del paciente: _____ Médico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha en la que se completó la evaluación: _____

Instrucciones: Encierre la letra S en un círculo en caso de que los enunciados se apliquen a USTED y/o SU FAMILIA (tanto por parte materna como paterna). Junto a cada enunciado, indique la relación de parentesco que tiene con la persona y la edad al momento del diagnóstico. Usted y los siguientes familiares deben ser considerados:

*Madre Padre Hermano Hermana Hijos Tío o tía por parte paterna Tío o tía por parte materna Primos sanguíneos
Sobrinos/Sobrinas Abuelo/Abuela por parte paterna Abuelo/Abuela por parte materna*

Cada enunciado debe responderse de manera individual, por esta razón es posible que deba indicar el mismo diagnóstico de cáncer más de una vez como respuesta a estas preguntas. Esta es una herramienta para detectar las características comunes del síndrome hereditario de cáncer de mama y de ovario. Comparta esta información con su profesional de atención médica para colaborar en la determinación de su riesgo de cáncer hereditario.

CÁNCER DE MAMA Y DE OVARIO		USTED MISMO	FAMILIARES	EDAD AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO
S	N			
Cáncer de mama a los 50 años de edad o antes				
S	N			
Cáncer de ovario				
S	N			
Dos tumores malignos primarios de mama (no relacionados) en la misma persona o en el mismo lado de la familia				
S	N			
Cáncer de mama en hombres				
S	N			
Cáncer de mama triple negativo* (Receptor Estrógeno Negativo, Receptor de Progesterona Negativo y HER2 Negativo)				
S	N			
Cáncer de páncreas con cáncer de mama u ovario en la misma persona o en el mismo lado de la familia				
S	N			
Ascendencia judía asquenazí con cáncer de páncreas, mama u ovario en la misma persona o en el mismo lado de la familia				

CÁNCER DE ÚTERO Y DE COLON		USTED MISMO	FAMILIARES	EDAD AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO
S	N			
Cáncer colorrectal antes de los 50 años				
S	N			
Cáncer de útero (endometrio) antes de los 50 años				
S	N			
2 o más cánceres asociados al síndrome de Lynch* en la misma persona o en el mismo lado de la familia				

(*Los tipos de cáncer asociados al síndrome de Lynch incluyen cáncer colorrectal, cáncer de útero (endometrio), cáncer de ovario, de estómago, de uréter/pelvis renal, de vías biliares, de intestino delgado, de páncreas y adenomas sebáceos)

SÍNDROMES POLIPÓSICO		USTED MISMO	FAMILIARES	EDAD AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO
S	N			
10 o más adenomas colorrectales acumulados (durante la vida de la persona)				

MELANOMA		USTED MISMO	FAMILIARES	EDAD AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO
S	N			
Dos o más melanomas en una persona o familia				
S	N			
Melanoma y cáncer de páncreas en una persona o familia				
S	N			
¿Alguna vez se ha hecho usted o alguno de sus familiares una prueba para detectar su riesgo de cáncer hereditario? Si responde Sí, explique:				

Firma del paciente

Fecha

PARA USO INTERNO SOLAMENTE

Candidate for further risk assessment and/or genetic testing:
 HBOC Lynch Polyposis Melanoma

Information given to patient to review

Follow-up appointment scheduled Date: _____

Patient offered genetic testing:

Accepted Declined

Healthcare Professional's Signature

Date

*Consulte a su proveedor de atención médica para comprender mejor el cáncer de mama triple negativo.

*Los tipos de cáncer asociados al síndrome de Lynch incluyen cáncer de ovario, de estómago, de uréter/pelvis renal, de vías biliares, de intestino delgado, de páncreas y adenomas sebáceos.

Criterios de evaluación basados en las pautas de la sociedad médica. Para consultar estas pautas de la sociedad médica por separado visite www.myriadtests.com/patient_guidelines

Myriad, y el logotipo de Myriad son marcas comerciales o marcas registradas de Myriad Genetics, Inc. en los Estados Unidos y en otras jurisdicciones. ©2012

