

Evaluación del riesgo de Síndrome de cáncer hereditario de mama y de ovario

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		
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
- 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.

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