

QUESTIONÁRIO SOBRE HISTÓRICO PESSOAL E FAMILIAR ONCOLÓGICO

Nome do(a) paciente: _____
Data de nascimento: _____ Sexo: _____
Médico(a) solicitante: _____
Contato do(a) médico(a): _____ Data do preenchimento: _____

Histórico oncológico pessoal

Local e tipo do câncer	Idade do diagnóstico	Tratamento

Histórico oncológico familiar

Descreva seus familiares com câncer (indicando grau de parentesco, ex.: filho, mãe, tia, primo) e linhagem (materna ou paterna). Utilize o verso, caso necessário.

Familiar	Linhagem	Local e tipo do câncer	Idade do diagnóstico	Idade atual / óbito

Você ou algum de seus familiares já realizaram teste molecular para investigar predisposição hereditária ao câncer? Sim Não Não sabe

Em caso positivo, envie cópia do laudo juntamente com este questionário.

Informações adicionais
