

Dobrý den, před posouzením Vašeho případu lékařem a rozhodnutím o vhodnosti Vašeho zařazení do programu včasného vyhledávání karcinomu pankreatu, prosím vyplňte krátký dotazník. Následně budete do 1 měsíce informováni lékařem o dalším postupu.

Jméno a příjmení:

Věk:

Trvalé bydliště:

Pohlaví:

Email:

Telefon:

A. Rakovina slinivky břišní v rodině:

Ano

Ne

Pokud ano, počet příbuzných s rakovinou slinivky břišní:

Pokud ano, jací příbuzní onemocněli rakovinou slinivky břišní:

Otec

Matka

1.Sourozenec

2. Sourozenec

3. Sourozenec

4.Sourozenec

1.Dítě

2.Dítě

3.Dítě

4.Dítě

Jiní příbuzní (rozepište):

B. Prokázaná genová mutace s rizikem rakoviny slinivky břišní (doporučení od klinického genetika)

Ano

Ne

Pokud víte typ mutace, zadejte:

C. Tzv. hereditární pankreatitida – opakované akutní záněty slinivky břišní nebo chronický zánět slinivky břišní + prokázaná genová mutace

Ano

Ne

Nevím zda mám mutaci

Pokud víte typ mutace, zadejte: