

PROF. DR.  
Yusuf Yıldırım  
CERRAHİ & JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ

Sayfa 1/9

## SAĞLIK BİLGİ FORMU

Ad: \_\_\_\_\_ Soyad: \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_\_

Doğum tarihi: \_\_\_\_\_ Boy: \_\_\_\_\_ Kilo: \_\_\_\_\_

Cinsiyet:  Kadın  Erkek Tercih edilen dil: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Şehir: \_\_\_\_\_ Ülke: \_\_\_\_\_ Posta kodu: \_\_\_\_\_

Ev veya iş telefonu: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cep telefonu: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Email adresi: \_\_\_\_\_ Bu adrese bilgi gönderebilir miyiz?  Evet  Hayır

Acil durumlarda iletişim kurulacak kişi \_\_\_\_\_ Yakınlığınız \_\_\_\_\_ Telefon (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Primer sağlık güvencesi: \_\_\_\_\_ İkincil sağlık güvencesi (özel sigorta vb.): \_\_\_\_\_

Kalp pili (pacemaker) veya metal implant taşıyor musunuz?  Hayır  Evet : \_\_\_\_\_

Size kan verilmesine bir itirazınız veya bunun için bir sakınca var mı?  Hayır  Evet : \_\_\_\_\_

Genel sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?  İyi  Orta/idare eder  Kötü

Son 6 ay içinde düştünüz mü -veya- düşme riskinizin olduğunu düşünüyor musunuz?  Hayır  Evet

Kişisel bakımınız nasıl? Aşağıdaki aktivitelerden herhangi birisi için yardıma ihtiyaç duyuyorsanız lütfen işaretleyiniz:

Giyinme  Yürüme  Yemek yapma  Banyo  Ulaşım  Diğer: \_\_\_\_\_

Ağrınız var mı?  Hayır  Evet Evet ise; 1-Başlangıç tarihi \_\_\_\_\_

2-Şiddeti için 10 üzerinden kaç puan verirsiniz? \_\_\_\_\_

Ziyaret sebebiniz: \_\_\_\_\_

Mevcut rahatsızlığınız için daha önce hastaneye yattınız mı?  Hayır  Evet (tarih: \_\_\_\_\_)

Mevcut rahatsızlığınız için ameliyat geçirdiniz mi?  Hayır  Evet (tarih: \_\_\_\_\_)

Ad: \_\_\_\_\_ Soyad: \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_\_

Sosyal/Kişisel Öykü	
Eğitim durumunuz (en son mezun olduğunuz okul)	<input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> Lisansüstü eğitim
Mesleğiniz nedir?	
Çalışıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Emekli <input type="checkbox"/> Evet
Medeni durumunuz	<input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Boşanmış <input type="checkbox"/> Ayrı <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Dul <input type="checkbox"/> Diğer
Cinsel olarak aktif misiniz?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Evet ise, Korunma yöntemi: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (yöntem: _____)
Çocuğunuz var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Evet ise, çocuk sayısı: _____
Gelecekte çocuk sahibi olmak istiyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Egzersiz yapıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Evet ise, Egzersiz tipi: _____ Haftada ne kadar: _____ saat
Sigara içiyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Hiç içmedim <input type="checkbox"/> Bıraktım (Bırakma tarihi: _____ , İçilen yıl sayısı ____) <input type="checkbox"/> Evet (günde ___ paket, _____ yıldır içiyorum)
Alkol kullanıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Evet ise, Haftada _____ kez alıyorum Alkole bağlı bir problemim <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Keyif verici (uyuşturucu) ilaç alıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Evet ise, İlaç tipi: _____

Ad: \_\_\_\_\_ Soyad: \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_\_

Aile Öyküsü	
BABA	<input type="checkbox"/> Diyabet <input type="checkbox"/> Hipertansiyon <input type="checkbox"/> Kalp Hastalığı <input type="checkbox"/> Akciğer Hastalığı <input type="checkbox"/> Karaciğer Hastalığı <input type="checkbox"/> Böbrek Hastalığı <input type="checkbox"/> Tiroid Hastalığı <input type="checkbox"/> Obezite <input type="checkbox"/> Depresyon <input type="checkbox"/> Osteoporoz <input type="checkbox"/> Tromboemboli <input type="checkbox"/> Nörolojik Hastalık <input type="checkbox"/> Romatolojik Hastalık veya Vaskülit <input type="checkbox"/> Kanser; tipi: _____ tanı sırasındaki yaş: ____
ANNE	<input type="checkbox"/> Diyabet <input type="checkbox"/> Hipertansiyon <input type="checkbox"/> Kalp Hastalığı <input type="checkbox"/> Akciğer Hastalığı <input type="checkbox"/> Karaciğer Hastalığı <input type="checkbox"/> Böbrek Hastalığı <input type="checkbox"/> Tiroid Hastalığı <input type="checkbox"/> Obezite <input type="checkbox"/> Depresyon <input type="checkbox"/> Osteoporoz <input type="checkbox"/> Tromboemboli <input type="checkbox"/> Nörolojik Hastalık <input type="checkbox"/> Romatolojik Hastalık veya Vaskülit <input type="checkbox"/> Kanser; tipi: _____ tanı sırasındaki yaş: ____
KARDEŞ(LER)	<input type="checkbox"/> Diyabet <input type="checkbox"/> Hipertansiyon <input type="checkbox"/> Kalp Hastalığı <input type="checkbox"/> Akciğer Hastalığı <input type="checkbox"/> Karaciğer Hastalığı <input type="checkbox"/> Böbrek Hastalığı <input type="checkbox"/> Tiroid Hastalığı <input type="checkbox"/> Obezite <input type="checkbox"/> Depresyon <input type="checkbox"/> Osteoporoz <input type="checkbox"/> Tromboemboli <input type="checkbox"/> Nörolojik Hastalık <input type="checkbox"/> Romatolojik Hastalık veya Vaskülit <input type="checkbox"/> Kanser; tipi: _____ tanı sırasındaki yaş: ____
ÇOCUK(LAR)	<input type="checkbox"/> Diyabet <input type="checkbox"/> Hipertansiyon <input type="checkbox"/> Kalp Hastalığı <input type="checkbox"/> Akciğer Hastalığı <input type="checkbox"/> Karaciğer Hastalığı <input type="checkbox"/> Böbrek Hastalığı <input type="checkbox"/> Tiroid Hastalığı <input type="checkbox"/> Obezite <input type="checkbox"/> Depresyon <input type="checkbox"/> Osteoporoz <input type="checkbox"/> Tromboemboli <input type="checkbox"/> Nörolojik Hastalık <input type="checkbox"/> Romatolojik Hastalık veya Vaskülit <input type="checkbox"/> Kanser; tipi: _____ tanı sırasındaki yaş: ____
İKİNCİ-DERECE AKRABALAR (amca/dayı, hala/teyze, yeğen, büyükanne/büyükbaba, torun)	<input type="checkbox"/> Diyabet <input type="checkbox"/> Hipertansiyon <input type="checkbox"/> Kalp Hastalığı <input type="checkbox"/> Akciğer Hastalığı <input type="checkbox"/> Karaciğer Hastalığı <input type="checkbox"/> Böbrek Hastalığı <input type="checkbox"/> Tiroid Hastalığı <input type="checkbox"/> Obezite <input type="checkbox"/> Depresyon <input type="checkbox"/> Osteoporoz <input type="checkbox"/> Tromboemboli <input type="checkbox"/> Nörolojik Hastalık <input type="checkbox"/> Romatolojik Hastalık veya Vaskülit <input type="checkbox"/> Kanser; tipi: _____ tanı sırasındaki yaş: ____

Ad: \_\_\_\_\_ Soyad: \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_\_

<b>Koruyucu Bakım</b>		(Lütfen hatırlayamadığınız tarihleri geçiniz)
Son Yapılan Aşılar	<input type="checkbox"/> Grip (influenza)	Tarih: _____
	<input type="checkbox"/> Tetanoz	Tarih: _____
	<input type="checkbox"/> Pnömoni (Zatüre)	Tarih: _____
	<input type="checkbox"/> Hepatit B	Tarih: _____
	<input type="checkbox"/> HPV (Human Papilloma Virus)	Tarih: _____
	<input type="checkbox"/> Covid 19	Tarih: _____
Son Tarama Testleri	<input type="checkbox"/> Akciğer röntgeni	Tarih: _____
	<input type="checkbox"/> Gastroskopi (Mide endoskopisi)	Tarih: _____
	<input type="checkbox"/> Kolonoskopi veya BT kolonografi	Tarih: _____
	<input type="checkbox"/> Gaita testi (gaitada gizli kan)	Tarih: _____
	<input type="checkbox"/> Mammografi (sadece kadınlar)	Tarih: _____
	<input type="checkbox"/> Pap-smear ve/veya HPV test (sadece kadınlar)	Tarih: _____
	<input type="checkbox"/> Tümör marker testleri (kanda)	Tarih: _____

<b>Allerjiler &amp; İlaç Reaksiyonları</b>	
Antibiyotik allerjisi	<input type="checkbox"/> Bilinmiyor <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (antibiyotik adı/adları _____ )
Gıda allerjisi	<input type="checkbox"/> Bilinmiyor <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (gıda adı/adları _____ )
Latex allerjisi	<input type="checkbox"/> Bilinmiyor <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Polen allerjisi	<input type="checkbox"/> Bilinmiyor <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Arı sokması allerjisi	<input type="checkbox"/> Bilinmiyor <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Lokal anestezipler	<input type="checkbox"/> Bilinmiyor <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (lokal anestezi adı _____ )
Aspirin	<input type="checkbox"/> Bilinmiyor <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (reaksiyon tipi _____ )
Sülfonamid türü ilaçlar	<input type="checkbox"/> Bilinmiyor <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (reaksiyon tipi _____ )
Kortizon	<input type="checkbox"/> Bilinmiyor <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (reaksiyon tipi _____ )
Kodein	<input type="checkbox"/> Bilinmiyor <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (reaksiyon tipi _____ )
Karboplatin	<input type="checkbox"/> Bilinmiyor <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (reaksiyon tipi _____ )
Başka bir şeye alerjiniz var mı, veya başka ilaçlarla herhangi bir reaksiyon yaşadınız mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (lütfen allerjileri/reaksiyonları listeleyin: _____ _____ _____ )

PROF. DR.

Yusuf Yıldırım

CERRAHİ &amp; JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ

Sayfa 5/9

Ad: \_\_\_\_\_ Soyad: \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_\_

<b>Tıbbi Öykü</b>			
(Aşağıdakilerden herhangi birine sahip misiniz veya bunlardan birini geçirdiniz mi?)			
Anemi (Kansızlık)	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Hipotiroidi	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Diyabet	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Hipertiroidi	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Hipertansiyon	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Depresyon	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Kalp krizi	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Bipolar bozukluk	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Aritmi (ritm bozukluğu)	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Anksiyete veya panik atak	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Kalp üfürümü	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Mental rahatsızlık	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Kalp kapak hastalığı	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Beyin damar hastalığı	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Kalp yetmezliği	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Varis	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Göğüs ağrısı	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Venöz yetmezlik	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Koroner arter hastalığı	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Epilepsi	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Kronik bronşit /KOAİ	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Yara iyileşmesinde güçlük	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Astım	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Aşırı yara izi oluşumu	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Tüberküloz	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Kolesterol yüksekliği	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	İşitme bozukluğu/kayıbı	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Venöz tromboz veya flebit	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Multipl skleroz (MS)	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Kolay kanama/morarma	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Parkinson hastalığı	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Hepatit B veya C	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Demans	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Siroz	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Migren	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Böbrek yetmezliği	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Vertigo	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Glokom (göz tansiyonu)	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Osteoporoz	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Göz kuruluğu	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Elektrolit dengesizliği	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Görme kaybı	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Safra kesesi taşı/iltihabı	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Kanser	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Pankreatit	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Radyoterapi	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Ülseratif kolit	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Kemoterapi	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Crohn hastalığı	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Akıllı ilaç / İmmunoterapi	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	İrritabl barsak sendromu	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Gut	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Stoma	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Ateşli romatizma	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	İdrar kaçırma	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Romatoid artrit	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Hipoglisemi	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Lupus (SLE)	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Cinsel yolla geçen hastalık	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Gastrit veya ülser	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Cilt anormallikleri	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Reflü	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Uyku problemleri	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Hashimato hastalığı	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Lenfödem	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
		Gluten intoleransı (Çöliak)	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
		Genetik mutasyon(lar)	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
		Başka önemli hastalık(lar)	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet

Ad: \_\_\_\_\_ Soyad: \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_\_

### Mevcut İlaçlar

(Lütfen reçetesiz ilaçlar, vitaminler ve bitkiseliler de dahil olmak üzere kullandığınız ilaçları listeleyin)

	İlaç adı	Dozu	Günde kaç kez	Başlama tarihi
1				___/___/_____
2				___/___/_____
3				___/___/_____
4				___/___/_____
5				___/___/_____
6				___/___/_____
7				___/___/_____

### Cerrahi Öykü

(Lütfen biyopsi prosedürleri de dahil olmak üzere önceki ameliyatlarınızı listeleyin)

	Ameliyatın adı	Tarih	Anestezi tipi	Aşırı kanama	Kan Transfüzyonu	Yoğun bakım ihtiyacı	Diğer ameliyat-dönemi problemleri
1		___/___/_____	<input type="checkbox"/> Genel <input type="checkbox"/> Epidural <input type="checkbox"/> Lokal	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	
2		___/___/_____	<input type="checkbox"/> Genel <input type="checkbox"/> Epidural <input type="checkbox"/> Lokal	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	
3		___/___/_____	<input type="checkbox"/> Genel <input type="checkbox"/> Epidural <input type="checkbox"/> Lokal	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	
4		___/___/_____	<input type="checkbox"/> Genel <input type="checkbox"/> Epidural <input type="checkbox"/> Lokal	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	

Ad: \_\_\_\_\_ Soyad: \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_\_

<b>Semptomlar</b>	
(Lütfen sahip olduğunuz semptomları/belirtileri işaretleyin)	
1	<p>Genel &amp; Kardiyopulmoner</p> <p><input type="checkbox"/>Ateş <input type="checkbox"/>Yorgunluk <input type="checkbox"/>Güçsüzlük <input type="checkbox"/>İstemsiz kilo kaybı <input type="checkbox"/>Kilo alma</p> <p><input type="checkbox"/>Öksürük <input type="checkbox"/>Hırıltı <input type="checkbox"/>Nefes darlığı <input type="checkbox"/>Göğüs ağrısı <input type="checkbox"/>Düzensiz kalp ritmi</p> <p><input type="checkbox"/>Bacaklarda şişlik <input type="checkbox"/>Kemik ağrısı <input type="checkbox"/>Görme problemi <input type="checkbox"/>İşitme problemi <input type="checkbox"/>Lenf bezlerinin şişmesi <input type="checkbox"/>Aşırı terleme <input type="checkbox"/>Sıcağa tahammülsüzlük <input type="checkbox"/>Soğuğa tahammülsüzlük <input type="checkbox"/>Solukluk ve kansızlık</p> <p><input type="checkbox"/>Bayılma <input type="checkbox"/>Baş ağrısı <input type="checkbox"/>Depresyon <input type="checkbox"/>Uyku problemleri <input type="checkbox"/>Zor veya ağrılı idrar yapma <input type="checkbox"/>İdrar kaçırma <input type="checkbox"/>Aşırı idrar <input type="checkbox"/>İdrarda kan</p> <p><input type="checkbox"/>Cilt problemleri <input type="checkbox"/>Kaşıntı <input type="checkbox"/>Sarılık</p>
2	<p>Gastrointestinal &amp; Abdominal</p> <p><input type="checkbox"/>İştahsızlık <input type="checkbox"/>Bulantı veya kusma <input type="checkbox"/>Hazımsızlık <input type="checkbox"/>Reflü <input type="checkbox"/>Yutma güçlüğü <input type="checkbox"/>Çabuk doyma hissi <input type="checkbox"/>Karında şişkinlik veya gaz <input type="checkbox"/>Karın ağrısı, krampları veya rahatsızlığı <input type="checkbox"/>Bağırsak alışkanlığında değişiklik <input type="checkbox"/>İshal</p> <p><input type="checkbox"/>Kabızlık <input type="checkbox"/>Karında şişlik <input type="checkbox"/>Gaitada kan <input type="checkbox"/>Sürekli rektal doluk ve basınç hissi <input type="checkbox"/>İncelmiş gaita <input type="checkbox"/>Defekasyon sırasında ağrı <input type="checkbox"/>Anal kaşıntı <input type="checkbox"/>Anal kitle, şişlik veya ülser <input type="checkbox"/>Gaita tutamama <input type="checkbox"/>Kasık bölgesinde şişlik veya kitle</p>
3	<p>Jinekolojik &amp; Meme (sadece kadınlar)</p> <p><input type="checkbox"/>Aşırı/düzensiz kanama <input type="checkbox"/>Menopozdan sonra vajinal kanama</p> <p><input type="checkbox"/>Sıcak basmaları <input type="checkbox"/>Sıra dışı vajinal akıntı <input type="checkbox"/>Cinsel ilişki sırasında ağrı</p> <p><input type="checkbox"/>Pelvik ağrı veya basınç <input type="checkbox"/>Vulvar kaşıntı ve yanma hissi</p> <p><input type="checkbox"/>Vulvar kitle, şişlik veya ülser <input type="checkbox"/>Kasık bölgesinde şişlik veya kitle</p> <p><input type="checkbox"/>İnfertilite (kısırlık) <input type="checkbox"/>Ağrılı adet görme <input type="checkbox"/>Genital siğil(ler) <input type="checkbox"/>Memede şişlik veya kitle <input type="checkbox"/>Memede ağrı <input type="checkbox"/>Meme başı akıntısı <input type="checkbox"/>Meme derisinde çukurlaşma veya portakal kabuğu görünümü <input type="checkbox"/>Meme başının geri çekilmesi <input type="checkbox"/>Koltuk altı lenf bezlerinin şişmesi</p>

Ad: \_\_\_\_\_ Soyad: \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_\_

<b>Tanısal Testler</b> (Lütfen mevcut rahatsızlığınız için size uygulanan tanı test veya testlerini işaretleyiniz)		
1	Görüntüleme Testleri	<input type="checkbox"/> Ultrason <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> Bilgisayarlı Tomografi (BT) <input type="checkbox"/> PET/CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Mammografi <input type="checkbox"/> Anjiyografi <input type="checkbox"/> Kemik sintigrafisi <input type="checkbox"/> Kemik dansitometri <input type="checkbox"/> Tiroid sintigrafisi <input type="checkbox"/> Floroskopi <input type="checkbox"/> İntravenöz Pyelografi (IVP) <input type="checkbox"/> Radyonüklid görüntüleme <input type="checkbox"/> ERCP <input type="checkbox"/> Diğer: _____
2	Kan Testleri (Tümör Markerlar)	<input type="checkbox"/> CEA <input type="checkbox"/> Ca125 <input type="checkbox"/> Ca19.9 <input type="checkbox"/> Ca15.3 <input type="checkbox"/> HE4 <input type="checkbox"/> İnhibin <input type="checkbox"/> OVA1 panel <input type="checkbox"/> Human koryonik gonadotropin (hCG) <input type="checkbox"/> Estradiol (E2) <input type="checkbox"/> Alfa-fetoprotein (AFP) <input type="checkbox"/> 5-HIAA <input type="checkbox"/> Somatostatin reseptör <input type="checkbox"/> Nöron-spesifik enolaz (NSE) <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> Laktat dehidrogenaz (LDH) <input type="checkbox"/> Diğer: _____
3	Biyopsi	Alındığı bölge: <input type="checkbox"/> Kolon veya Rektum <input type="checkbox"/> Anüs <input type="checkbox"/> Mide <input type="checkbox"/> Karaciğer <input type="checkbox"/> Kemik <input type="checkbox"/> Serviks (Rahim ağzı) <input type="checkbox"/> Endometrium (Rahim içi) <input type="checkbox"/> Yumuşak doku <input type="checkbox"/> Vulva <input type="checkbox"/> Cilt <input type="checkbox"/> Meme <input type="checkbox"/> Lenf bezi/bezleri <input type="checkbox"/> Periton veya omentum <input type="checkbox"/> Diğer: _____
4	Diagnostik/Staging Laparoskopisi	Uygulandığı tümör: <input type="checkbox"/> Over (yumurtalık) kanseri <input type="checkbox"/> Kolorektal kanser <input type="checkbox"/> Apendiks kanseri <input type="checkbox"/> Mide kanseri <input type="checkbox"/> Gastrointestinal stromal tümör (GIST) <input type="checkbox"/> Sarkom <input type="checkbox"/> Nöroendokrin tümör <input type="checkbox"/> Primer periton kanseri <input type="checkbox"/> Kökeni belli olmayan kanser <input type="checkbox"/> Diğer: _____
5	Endoskopi	<input type="checkbox"/> Kolonoskopi veya sigmoidoskopi <input type="checkbox"/> Gastroduodenoskopi <input type="checkbox"/> Sistoskopi <input type="checkbox"/> Histeroskopi <input type="checkbox"/> Kolposkopi <input type="checkbox"/> Bronkoskopi <input type="checkbox"/> Diğer: _____
6	Diğer	_____



PROF. DR.  
Yusuf Yıldırım  
CERRAHİ & JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ

Sayfa 9/9

Ad: \_\_\_\_\_ Soyad: \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_\_

Durumunuzla ilgili bilmemiz gereken başka herhangi bir bilgi var mı?

Hayır

Evet

Cevabınız "evet" ise lütfen ayrıntılarını aşağıda belirtin:

YUKARIDAKİ BİLGİLERİN GERÇEK VE DOĞRU OLDUĞUNU teyit ederim.

Hastanın İmzası: \_\_\_\_\_

Tarih: \_\_\_\_\_