

Prof. Dr.

Yusuf Yıldırım

Cerrahi Onkoloji & Jinekolojik Onkoloji

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 ☐ KötüSon 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; Başlangıç tarihi _____

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: _____)

Prof. Dr.

Yusuf Yıldırım

Cerrahi Onkoloji & Jinekolojik Onkoloji

Sayfa 2/9

Ad: _____ Soyad: _____ Tarih: _____

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

Prof. Dr.

Yusuf Yıldırım

Cerrahi Onkoloji & Jinekolojik Onkoloji

Sayfa 3/9

Ad: _____ Soyad: _____ Tarih: _____

Aile Öyküsü

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

Prof. Dr.

Yusuf Yıldırım

Cerrahi Onkoloji & Jinekolojik Onkoloji

Sayfa 4/9

Ad: _____ Soyad: _____ Tarih: _____

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

Allerjiler & İlaç Reaksiyonları	
Antibiyotik allerjisi	☐ Bilinmiyor ☐ Hayır ☐ Evet (antibiyotik adı/adları _____)
Gıda allerjisi	☐ Bilinmiyor ☐ Hayır ☐ Evet (gıda adı/adları _____)
Latex allerjisi	☐ Bilinmiyor ☐ Hayır ☐ Evet
Polen allerjisi	☐ Bilinmiyor ☐ Hayır ☐ Evet
Arı sokması allerjisi	☐ Bilinmiyor ☐ Hayır ☐ Evet
Lokal anestezikler	☐ Bilinmiyor ☐ Hayır ☐ Evet (lokal anestezik adı _____)
Aspirin	☐ Bilinmiyor ☐ Hayır ☐ Evet (reaksiyon tipi _____)
Sülfonamid türü ilaçlar	☐ Bilinmiyor ☐ Hayır ☐ Evet (reaksiyon tipi _____)
Kortizon	☐ Bilinmiyor ☐ Hayır ☐ Evet (reaksiyon tipi _____)
Kodein	☐ Bilinmiyor ☐ Hayır ☐ Evet (reaksiyon tipi _____)
Karboplatin	☐ Bilinmiyor ☐ Hayır ☐ Evet (reaksiyon tipi _____)
Başka bir şeye alerjiniz var mı, veya başka ilaçlarla herhangi bir reaksiyon yaşadınız mı?	☐ Hayır ☐ Evet (lütfen allerjileri/reaksiyonları listeleyin: _____ _____ _____)

Prof. Dr.

Yusuf Yıldırım

Cerrahi Onkoloji & Jinekolojik Onkoloji

Sayfa 5/9

Ad: _____ Soyad: _____ Tarih: _____

Tıbbi Öykü

(Aşağıdakilerden herhangi birine sahip misiniz veya bunlardan birini geçirdiniz mi?)

Anemi (Kansızlık)	☐ Hayır ☐ Evet
Diyabet	☐ Hayır ☐ Evet
Hipertansiyon	☐ Hayır ☐ Evet
Kalp krizi	☐ Hayır ☐ Evet
Aritmi (ritm bozukluğu)	☐ Hayır ☐ Evet
Kalp üfürümü	☐ Hayır ☐ Evet
Kalp kapak hastalığı	☐ Hayır ☐ Evet
Kalp yetmezliği	☐ Hayır ☐ Evet
Göğüs ağrısı	☐ Hayır ☐ Evet
Koroner arter hastalığı	☐ Hayır ☐ Evet
Kronik bronşit /KOA	☐ Hayır ☐ Evet
Astım	☐ Hayır ☐ Evet
Tüberküloz	☐ Hayır ☐ Evet
HIV/AIDS	☐ Hayır ☐ Evet
Venöz tromboz veya flebit	☐ Hayır ☐ Evet
Kolay kanama/morarma	☐ Hayır ☐ Evet
Hepatit B veya C	☐ Hayır ☐ Evet
Siroz	☐ Hayır ☐ Evet
Böbrek yetmezliği	☐ Hayır ☐ Evet
Glokom (göz tansiyonu)	☐ Hayır ☐ Evet
Göz kuruluğu	☐ Hayır ☐ Evet
Görme kaybı	☐ Hayır ☐ Evet
Kanser	☐ Hayır ☐ Evet
Radyoterapi	☐ Hayır ☐ Evet
Kemoterapi	☐ Hayır ☐ Evet
Akıllı ilaç / İmmünoterapi	☐ Hayır ☐ Evet
Gut	☐ Hayır ☐ Evet
Ateşli romatizma	☐ Hayır ☐ Evet
Romatoid artrit	☐ Hayır ☐ Evet
Lupus (SLE)	☐ Hayır ☐ Evet
Gastrit veya ülser	☐ Hayır ☐ Evet
Reflü	☐ Hayır ☐ Evet
Hashimoto hastalığı	☐ Hayır ☐ Evet

Hipotiroidi	☐ Hayır ☐ Evet
Hipertiroidi	☐ Hayır ☐ Evet
Depresyon	☐ Hayır ☐ Evet
Bipolar bozukluk	☐ Hayır ☐ Evet
Anksiyete veya panik atak	☐ Hayır ☐ Evet
Mental rahatsızlık	☐ Hayır ☐ Evet
Beyin damar hastalığı	☐ Hayır ☐ Evet
Varis	☐ Hayır ☐ Evet
Venöz yetmezlik	☐ Hayır ☐ Evet
Epilepsi	☐ Hayır ☐ Evet
Yara iyileşmesinde güçlük	☐ Hayır ☐ Evet
Aşırı yara izi oluşumu	☐ Hayır ☐ Evet
Kolesterol yüksekliği	☐ Hayır ☐ Evet
İşitme bozukluğu/kayıbı	☐ Hayır ☐ Evet
Multipl skleroz (MS)	☐ Hayır ☐ Evet
Parkinson hastalığı	☐ Hayır ☐ Evet
Demans	☐ Hayır ☐ Evet
Migren	☐ Hayır ☐ Evet
Vertigo	☐ Hayır ☐ Evet
Osteoporoz	☐ Hayır ☐ Evet
Elektrolit dengesizliği	☐ Hayır ☐ Evet
Safra kesesi taşı/iltihabı	☐ Hayır ☐ Evet
Pankreatit	☐ Hayır ☐ Evet
Ülseratif kolit	☐ Hayır ☐ Evet
Crohn hastalığı	☐ Hayır ☐ Evet
İrritabl barsak sendromu	☐ Hayır ☐ Evet
Stoma	☐ Hayır ☐ Evet
İdrar kaçırma	☐ Hayır ☐ Evet
Hipoglisemi	☐ Hayır ☐ Evet
Cinsel yolla geçen hastalık	☐ Hayır ☐ Evet
Cilt anormallikleri	☐ Hayır ☐ Evet
Uyku problemleri/apnesi	☐ Hayır ☐ Evet
Lenfödem	☐ Hayır ☐ Evet
Gluten intoleransı (Çöliak)	☐ Hayır ☐ Evet
Genetik mutasyon(lar)	☐ Hayır ☐ Evet
Başka önemli hastalık(lar)	☐ Hayır ☐ Evet

Prof. Dr.

Yusuf Yıldırım

Cerrahi Onkoloji & Jinekolojik Onkoloji

Sayfa 6/9

Ad: _____ Soyad: _____ Tarih: _____

Mevcut İlaçlar

(Lütfen reçetesiz ilaçlar, vitaminler ve bitkiselers 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		___/___/___	☐ Genel ☐ Epidural ☐ Lokal	☐ Hayır ☐ Evet	☐ Hayır ☐ Evet	☐ Hayır ☐ Evet	
2		___/___/___	☐ Genel ☐ Epidural ☐ Lokal	☐ Hayır ☐ Evet	☐ Hayır ☐ Evet	☐ Hayır ☐ Evet	
3		___/___/___	☐ Genel ☐ Epidural ☐ Lokal	☐ Hayır ☐ Evet	☐ Hayır ☐ Evet	☐ Hayır ☐ Evet	
4		___/___/___	☐ Genel ☐ Epidural ☐ Lokal	☐ Hayır ☐ Evet	☐ Hayır ☐ Evet	☐ Hayır ☐ Evet	

Prof. Dr.

Yusuf Yıldırım

Cerrahi Onkoloji & Jinekolojik Onkoloji

Sayfa 7/9

Ad: _____ Soyad: _____ Tarih: _____

Semptomlar

(Lütfen sahip olduğunuz semptomları/belirtileri işaretleyin)

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

Prof. Dr.

Yusuf Yıldırım

Cerrahi Onkoloji & Jinekolojik Onkoloji

Sayfa 8/9

Ad: _____ Soyad: _____ Tarih: _____

Tanısal Testler

(Lütfen mevcut rahatsızlığınız için size uygulanan tanı test veya testlerini işaretleyiniz)

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

Prof. Dr.

Yusuf Yıldırım

Cerrahi Onkoloji & Jinekolojik Onkoloji

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: _____