

แบบฟอร์มรายบุคคล BCI (Breast Cancer Individual record Form)

รหัสสถานบริการ(5หลัก) _____

ข้อมูลทั่วไป

เลขบัตรประชาชน(13 หลัก) _____

ชื่อ _____ นามสกุล _____ ปีเกิด (พ.ศ.) _____ (เลข 4 หลัก)

ที่อยู่ปัจจุบัน _____ ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____

1. การวินิจฉัยโรค

มะเร็งเต้านมรายใหม่ (ตั้งแต่ 1 ม.ค.2556) ระบุ ปี พ.ศ. _____ (เลข4หลัก เช่น 2556)

การวินิจฉัยโรค (Diagnosis) ระบุ _____ (ชนิดของมะเร็งเช่น Ductal Carcinoma)

2. ระยะโรคมะเร็ง (Staging)

ระยะโรคมะเร็ง Stage 0 (Ca in situ) Stage1 Stage2

Stage 3 Stage4 ไม่ระบุ Stage

3. สังเกตพบเพื่อการวินิจฉัย (รพช/รพท/รพศ) *ขนาดก้อนที่พบ ถ้ามีมากกว่า 1 ก้อน ให้คิดก้อนที่ใหญ่ที่สุด เส้นผ่าศูนย์กลางเป็นซ.ม.)

- ไม่พบก้อนที่เต้านม
- พบก้อนที่เต้านม

ตรวจอัลตราซาวด์ ขนาดก้อน _____ ซ.ม. (ไม่พบก้อนให้ว่างไว้)

ตรวจแมมโมแกรม ขนาดก้อน _____ ซ.ม. (ไม่พบก้อนให้ว่างไว้)

ขนาดก้อนมะเร็ง (Cancer Size) ขึ้นเนื่องจากการผ่าตัด ขนาดก้อน _____ ซ.ม.

4. สถานะของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

- มีชีวิต
- เสียชีวิต - จากมะเร็งเต้านมหรือโรคที่สืบเนื่องมาจากมะเร็งเต้านม
- เสียชีวิตด้วยโรคอื่นๆ

กรณีเสียชีวิต ระบุพ.ศ. _____ (เลข 4 หลัก เช่น 2556)

แบบฟอร์มรายบุคคล BCI เพิ่มเติม (ตามความต้องการของพื้นที่)

5. ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors)

1. สัดส่วนร่างกาย น้ำหนัก _____ กิโลกรัม ส่วนสูง _____ เซนติเมตร

2. มีประจำเดือนครั้งแรก อายุ _____ ปี *ระบุเป็นตัวเลข เช่น 9

3. มีบุตรคนแรก อายุ _____ ปี *ระบุเป็นตัวเลข เช่น 25

4. มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม ไม่มี มี 1 คน มี 2 คน มีมากกว่า 2 คน *ญาติสายตรง= แม่/พี่สาว/น้องสาว5. เคยตรวจชิ้นเนื้อที่เต้านม ไม่เคย เคย ระบุผลตรวจ _____6. เคยใช้ฮอร์โมนทดแทน (HRT) เกิน 5 ปี ไม่เคย เคย7. การใช้ยาคุมกำเนิด (กิน/ ฉีด/ ฟัง/ IUD ที่มีฮอร์โมน) ไม่เคย เคย โดยใช้เวลา ระบุ _____ ปี

8. หมดประจำเดือนที่ อายุ _____ ปี *ระบุเป็นตัวเลข เช่น 45 (ถ้ายังไม่หมดประจำเดือน ให้ว่างไว้)

9. จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ (รวมทั้งที่เคยแท้ง) _____ ท้อง *ระบุเป็นตัวเลข (จำนวน Gestation)

10. เคยให้นมบุตรอย่างน้อย 4 เดือน _____ คน *ระบุเป็นตัวเลข (ถ้าไม่เคยให้นมบุตร ให้ว่างไว้)

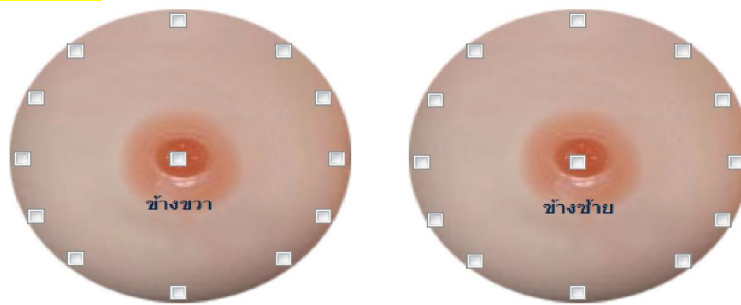
6. ประเมินผลการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (ให้ท่านตรวจสอบจากสมุดบันทึกการตรวจเต้านมประกอบการพิจารณา)

- ตรวจสม่ำเสมอทุกเดือนหรือไม่ ไม่ทุกเดือน ทุกเดือน
 ตรวจถูกต้องหรือไม่ ไม่ถูกต้อง ถูกต้อง

7. สิ่งผิดปกติที่ตรวจพบ อาการและอาการแสดง (Sign and Symptom) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- มีน้ำเหลืองหรือเลือดออกจากหัวนม ผิวหนังเต้านมมีรอยบุ๋ม/หรือผิวหนังแตกเป็นแผล
 ขนาดของเต้านมแตกต่างกันอย่างผิดปกติ พบก้อนที่เต้านมเป็นไตผิดปกติ (อ้างอิงจากข้อ 3 การส่งตรวจเพื่อวินิจฉัย)
 มีอาการเจ็บที่เต้านม เต้านมบวมแดงจากการอักเสบ
 บริเวณหัวนมถูกดัดรั้ง หรือมีสีผิดปกติ ไม่พบสิ่งผิดปกติจากการตรวจร่างกาย แต่พบจากการ U/S
 อื่นๆ หรือ Mammogram

8. ตำแหน่งที่ตรวจเต้านมพบผิดปกติ (จากการตรวจร่างกาย)



- ต่อม้ำเหลืองที่รักแร้ขวาโต ต่อม้ำเหลืองที่รักแร้ซ้ายโต

9. ตรวจแมมโมแกรม ระบุผล BIRADS (ตัวเลข 0-6) _____ (ไม่ได้ตรวจแมมโมแกรมให้วางไว้)

10. การรักษา

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- Surgery กรุณาเลือกประเภทการผ่าตัด
 Breast Conservation Surgery
 Modified Radical Mastectomy (MRM)
 ผ่าตัดอื่นๆ ระบุ _____
 Radiation Chemo therapy Hormone therapy Targeted Therapy

ชื่อผู้บันทึก.....สถานบริการ.....วันเดือนปีที่เก็บข้อมูล.....