

## 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) ระบุวัน/เดือน/ปี .....

การวินิจฉัยโรค (Diagnosis) ระบุ \_\_\_\_\_ (ชนิดของมะเร็งเช่น Ductal Carcinoma)

## 2. ระยะโรคมะเร็ง (Staging)

T= ..... N= .....M=.....สรุป Stage ..... (Specific เช่น II A)

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) ระบุวันเดือนปีที่เสียชีวิต .....

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)

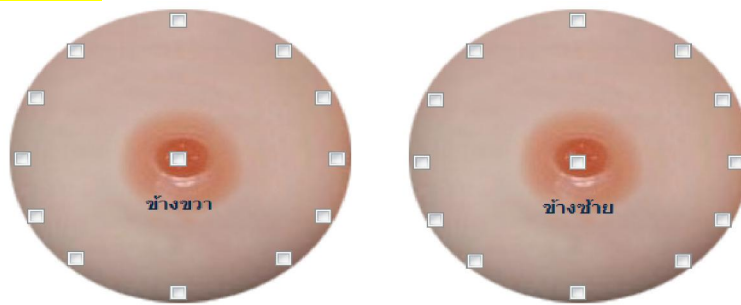
**6. ประเมินผลการตรวจเต้านมด้วยตนเอง** (ให้ท่านตรวจสอบจากสมุดบันทึกการตรวจเต้านมประกอบการพิจารณา)

- ตรวจสม่ำเสมอทุกเดือนหรือไม่  ไม่ทุกเดือน  ทุกเดือน (ช่วงที่ประเมินคือ 12 เดือนก่อนวินิจฉัย)
- ตรวจถูกต้องหรือไม่  ไม่ถูกต้อง  ถูกต้อง

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

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

**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

Receptor ER .....PR.....HER2 .....

หมายเหตุ มีแก้ไข/เพิ่ม 4 ประเด็นคือ

1. ปีที่วินิจฉัย/ปีที่เสียชีวิต ให้ ละเอียดขึ้น เป็น วันที่วินิจฉัย/วันที่เสียชีวิต ให้ละเอียดอย่างน้อยถึงเดือน/ปี ถ้าไม่ทราบวันที่ให้ระบุวันที่ 15
2. เพิ่ม TNM และ Staging ที่ specific ขึ้น stage IIA
3. ช่วงเวลาของการประเมินความสม่ำเสมอของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คือ 12 เดือนก่อนการวินิจฉัย ถ้ามีการตรวจ  $\geq 6$  ใน 12 เดือน ถือว่าสม่ำเสมอ โดยพิจารณาจากสมุดการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
4. เพิ่มช่อง Receptors

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