

ระบบเฝ้าระวังมะเร็งเต้านม(BCSS) กรมอนามัย
แบบฟอร์มรายบุคคล BCI (Breast Cancer Individual record Form)

ข้อมูลทั่วไป

รหัสสถานบริการ(5หลัก)

เลขบัตรประชาชน(13 หลัก)

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

ที่อยู่ปัจจุบัน ตำบลอำเภอ จังหวัด

1. การวินิจฉัยโรค เนื้องอก ถุงน้ำ มะเร็งเต้านม ^[CA] โรคอื่นๆ ที่เกี่ยวกับเต้านม ระบุ _____
มะเร็งเต้านมรายใหม่ ^[CA] (เริ่มตั้งแต่ ม.ค.2556) ระบุ ปี พ.ศ. _____ (เลข 4 หลัก เช่น 2556)

2. ระยะโรคมะเร็งเต้านม ^[CA]

- Stage 0 (Ca in situ) Stage 1 Stage 2 Stage 3 Stage 4 ไม่ระบุ Stage

3. การส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (รพช/รพท/รพศ)

 ไม่พบก้อนที่เต้านม พบก้อนที่เต้านม *ขนาดก้อนที่พบ ถ้ามีมากกว่า 1 ก้อน ให้คิดก้อนที่ใหญ่ที่สุด เส้นผ่าศูนย์กลางเป็นซ.ม.3.1 ก้อนผิดปกติที่ **ตรวจพบครั้งแรก** ขนาดก้อน _____ ซ.ม. (ไม่พบก้อนให้ว่างไว้)

3.2 ตรวจอัลตราซาวด์ ขนาดก้อน _____ ซ.ม. (ไม่พบก้อนให้ว่างไว้)

3.3 ตรวจแมมโมแกรม ขนาดก้อน _____ ซ.ม. *ผลอ่าน แมมโมแกรม ระบุ BIRADS Level (0-6) _____

3.4 ก้อนจากการผ่าตัด ขนาดก้อน _____ ซ.ม.

3.5 ผลชิ้นเนื้อ (PATHO) ระบุ _____ (เช่น Fibroadenoma, Ductal Carcinoma)

4. สถานะของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ^[CA] มีชีวิต เสียชีวิต - จากมะเร็งเต้านมหรือโรคที่สืบเนื่องจากมะเร็งเต้านม เสียชีวิตด้วยโรคอื่นๆ

กรณีเสียชีวิต ระบุ พ.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. การให้ยาคุมกำเนิด (กิน/ ฉีด/ ผัง/ IUD ที่มีฮอร์โมน) ไม่เคย เคย โดยใช้เวลา ระบุ _____ ปี

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

9. จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ (รวมทั้งเคยแท้ง) _____ ครั้ง *ระบุเป็นตัวเลข (จำนวน Gestation)

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

6. ประเมินผลการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (ประเมินผลตามเกณฑ์ของกรมอนามัย)

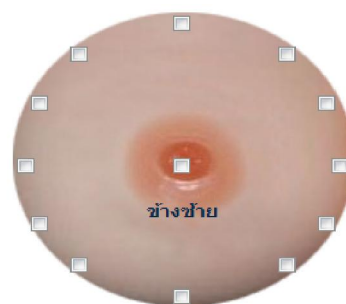
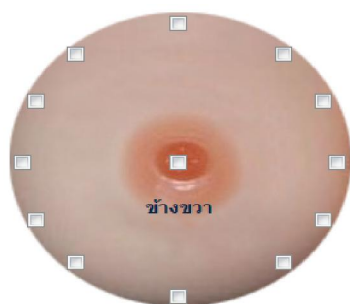
 6.1 ตรวจสม่ำเสมอทุกเดือนหรือไม่ ไม่สม่ำเสมอ สม่ำเสมอ (1-2 เดือนต่อครั้ง)

 6.2 ตรวจถูกต้องหรือไม่ (3 นิ้ว 3 สัมผัส) ไม่ถูกต้อง ถูกต้อง

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> มีน้ำเหลืองหรือเลือดออกจากหัวนม | <input type="checkbox"/> ผิวหนังเต้านมมีรอยบวม/หรือผิวหนังแตกเป็นแผล |
| <input type="checkbox"/> ขนาดของเต้านมแตกต่างกันอย่างผิดปกติ | <input type="checkbox"/> พบก้อนที่เต้านมเป็นไตผิดปกติ (อ้างอิงจากข้อ3 การส่งตรวจเพื่อวินิจฉัย) |
| <input type="checkbox"/> มีอาการเจ็บที่เต้านม | <input type="checkbox"/> เต้านมบวมแดงจากการอักเสบ |
| <input type="checkbox"/> บริเวณหัวนมถูกดึงรั้ง หรือมีสีผิดปกติ | <input type="checkbox"/> ไม่พบสิ่งผิดปกติจากการตรวจร่างกาย แต่พบจากการ U/S |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ | หรือ Mammogram |

8. ตำแหน่งที่ตรวจเต้านมพบผิดปกติ (จากการตรวจร่างกาย)
 ต่อม้ำเหลืองที่รักแร้ขวาโต

 ต่อม้ำเหลืองที่รักแร้ซ้ายโต

9. การรักษามะเร็งเต้านม

[CA]

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

 Surgery

ประเภทการผ่าตัด
 Breast Conservation Surgery

 Modified Radical Mastectomy (MRM)

 ผ่าตัดอื่นๆ ระบุ _____

 Radiation

 Chemo therapy

 Hormone therapy

 Targeted Therapy

10. การแพร่กระจาย

[CA]

 ไม่กระจาย ไปต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง ไปกระดูก ไปปอด ไปตับ ไปสมอง ไปหลายอวัยวะ

11. การส่งต่อ
 ส่งต่อ ไม่ส่งต่อ

11.1 ถ้าส่งต่อ ทำการส่งต่อไปที่ _____

 11.2 ถ้าไม่ส่งต่อ เนื่องจาก คนไข้ปฏิเสธการรักษา นัดตรวจติดตาม(Follow up) ได้ ร.พ.มีศักยภาพที่จะดูแลได้

หมายเหตุ

[CA]

เฉพาะผู้ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมเท่านั้น