

**ESITIELOMAKE**

Syövän periytyvyysneuvontaa varten

Nimi: \_\_\_\_\_

Henkilötunnus: \_\_\_\_\_

Puhelin: \_\_\_\_\_

Sähköposti: \_\_\_\_\_

 Onko teillä itsellänne hoidettu syöpä Kyllä  Ei 

Mikä syöpä? \_\_\_\_\_ Minkä ikäisenä hoidettu? \_\_\_\_\_

Missä Hoidettu? \_\_\_\_\_

**1. VANHEMMAT JA ISOVANHEMMAT** (Tietoturvasyistä kirjaa vain etunimi)

	Nimi	Syntymävuosi tai henkilötunnus	Mahdollinen kuolinaika	Syntymäpaikka Sairaala
<b>Äitinne</b>				
Äitinne äiti				
Äitinne isä				
<b>Isänne</b>				
Isänne äiti				
Isänne isä				

**Onko edellä mainituilla todettu syöpää?** Tarvittaessa listaa voi jatkaa kääntöpuolelle

Kenellä	Mikä syöpä	Sairastumisikä	Missä sairaalassa hoidettu

**2. OMAT SISARUKSET** (Tietoturvasyistä kirjaa vain etunimi) Tarvittaessa listaa voi jatkaa kääntöpuolelle

Nimi	Syntymävuosi	Mahdollinen kuolinaika ja -ikä	Syntymäpaikka	Kotikunta

**Onko edellä mainituilla todettu syöpä?** Tarvittaessa listaa voi jatkaa kääntöpuolelle

Kenellä	Mikä syöpä	Sairastumisikä	Missä sairaalassa hoidettu

**3. OMAT LAPSET** (Tietoturvasyistä kirjaa vain etunimi) Tarvittaessa listaa voi jatkaa kääntöpuolelle

Nimi	Syntymävuosi	Mahdollinen kuolinaika ja -ikä	Syntymäpaikka	Kotikunta

**Onko edellä mainituilla todettu syöpä?** Tarvittaessa listaa voi jatkaa kääntöpuolelle

Kenellä	Mikä syöpä	Sairastumisikä	Missä sairaalassa hoidettu

**4. MUUT SUKULAISET** (Tietoturvasyistä kirjaa vain etunimi) Tarvittaessa listaa voi jatkaa kääntöpuolelle Kirjatkaa mahdollisimman tarkasti, kumman vanhemman puolelta sukulaissuhde on. Esimerkiksi isän tati, äidin serkku.

Nimi	Sukulaisuus	Syntymä- vuosi	Mikä syöpä	Sairastumis- ikä	Missä hoidettu	Mahdollinen kuolinaika

**Isänne** sisarukset: \_\_\_\_\_ sisarta \_\_\_\_\_ veljeä **Äitinne** sisarukset: \_\_\_\_\_ sisarta \_\_\_\_\_ veljeä

- Annan suostumuksen sukupuun piirtämiseen antamieni tietojen perusteella
- Annan suostumuksen sukupuun tietojen lähettämiseen asiantuntijalääkäriin jatkoarviota varten
- Annan suostumuksen tietojeni lähettämiseen ja käsittelyyn yliopistosairaalan kliinisen genetiikan yksikköön tai muuhun erikoissairaanhoidon tarvittaessa.

Päiväys \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ Allekirjoitus \_\_\_\_\_