**(فرم شماره 9) گزارش عوامل خطر سرطان پستان سال** ................

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اصفهان شبکه بهداشت و درمان شهرستان** ............................. **مرکز بهداشتی و درمانی** .................................. **خانه بهداشت/پایگاه بهداشتی** .............................

**تعداد کل جمعیت تحت پوشش** ......................  **تعداد کل زنان 69-20 ساله** ...................... **منطقه تحت پوشش: 🞏شهری 🞏 روستایی**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **گروه سني** | **تعداد كل معاينه شده** | **تعداد جمعيت در معرض خطر با** | | | | | | | | **تعداد مواجه با هر عامل خطر** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **نوع مراجعه** | |
| **يك عامل خطر** | **2 عامل خطر** | **3 عامل خطر** | **4 عامل خطر** | **5 عامل خطر** | **6 عامل خطر** | **7 عامل خطر** | **8عامل خطر و بيشتر** | **سن منارك كمتر از 12سال** | **بدون سابقه زايمان** | **سن اولين زايمان بالاي 30سال** | **سن يائسگي بالاي 55 سال** | **سابقه درمان هورموني بعد از يائسگي** | **سابقه درمان جهت رفع ناباروري** | **مدت شيردهي به فرزند يا فرزندان كمتر از 2سال** | **فعاليت جسماني نامنظم يا بي تحرك** | **نمايه توده بدني (BMI)30 و بيشتر** | **فعاليت شغلي در شيفت شب** | **سابقه اشعه درماني به قفسه سينه** | **مصرف دخانيات** | **سابقه تماس با فرد سيگاري در منزل** | **مصرف الكل (درگذشته/حال)** | **سابقه خانوادگي سرطان پستان** | | **سابقه خانوادگي سرطان روده بزرگ، سرويكس و يا تخمدان** | | **سابقه بيماري خوش خيم پستان** | **سابقه نمونه برداري از پستان** | **سابقه نتيجه بيوپسي غيرطبيعي** | **سابقه فردي ابتلا به سرطان** | **كشف ژن هاي موتاسيون يافته** | **دعوت شده** | **بدون دعوت** |
| **درجه يك** | **درجه دو** | **درجه يك** | **درجه دو** |
| **24-20** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **29-25** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **34-30** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **39-35** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **44-40** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **49-45** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **54-50** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **59-55** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **64-60** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **69-65** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **جمع کل** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**نام ونام خانوادگی تکمیل کننده** ............................................ **نام ونام خانوادگی پزشک مسئول مرکز**.........................

**سمت تكميل كننده** .................. **تاریخ تکمیل و امضاء** ...................... **تاریخ و امضاء**..........................