

PROSIMY O UZUPEŁNIENIE ANKIETY WYWIADU RODZINNEGO W PONIŻSZEJ TABELI

Nazwisko i imię pacjenta:		Pesel:			
Data urodzenia:		Miejsce zamieszkania:			
Płeć: K/M		ID:			
<b>INFORMACJE O CHOROBAH NOWOTWOROWYCH U OSÓB SPOKREWNIONYCH</b>					
IMIONA CZŁONKÓW RODZINY	ROK UR.	TYP NOWOTWORU	WIEK - DIAGNOZY	ŻYJE/ZMARŁ- WIEK/PRZYCZYNA	UWAGI LEKARZA
Matka:					
Ojciec:					
Matka matki:					
Ojciec matki:					
Matka ojca:					
Ojciec ojca:					
<b>Dzieci:</b>					
<b>Rodzeństwo:</b>					
<b>Rodzeństwo matki:</b>					
<b>Rodzeństwo ojca:</b>					

.....  
Data i podpis osoby wypełniającej tabelę wywiadu genetycznego

Imię, nazwisko, PESEL

Strona 3 | 4

DRZEWO GENEALOGICZNE:

LEGENDA:

<input type="radio"/>	zdrowa kobieta	<input checked="" type="radio"/>	chora kobieta	<input type="radio"/>	kobieta nosicielka	<input type="checkbox"/>	kobieta - wywiad kliniczny i genetyczny do ustalenia
<input type="checkbox"/>	zdrowy mężczyzna	<input checked="" type="checkbox"/>	chory mężczyzna	<input type="checkbox"/>	mężczyzna nosiciel	<input type="checkbox"/>	mężczyzna - wywiad kliniczny i genetyczny do ustalenia

.....  
*Data i podpis osoby wypełniającej drzewo genealogiczne*