

แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม

ชื่อนามสกุล.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
 ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....อายุ.....ปี
 น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....เมตร ความดันโลหิตสูง.....มม.ปรอท
 ดัชนีมวลกาย BMI = $\frac{\text{นน. (กก.)}}{\text{ความสูง (เมตร)} \times \text{ความสูง (เมตร)}}$ = =

(ปกติ 18.5 – 22.9 , น้ำหนักเกิน 23 - 25 อ้วนมากกว่า 25)

- | | | | | | |
|-------------------------|---|-----|--------------------------|--------|--------------------------|
| 1. อาการผิดปกติ | มีก้อนที่เต้านม หรือ ได้รักแร้ | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> |
| | มีแผลบริเวณเต้านม | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> |
| | มีลักษณะเต้านมที่ผิดปกติ (บิด เบี้ยว นูน) | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> |
| | มีน้ำเหลือง หรือเลือดออกทางหัวนม | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> |
| 2. ประวัติการเจ็บป่วย | เคยเป็นมะเร็งเต้านมข้างหนึ่งแล้ว | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> |
| | พบยีนมะเร็งเต้านมผิดปกติ BRCA 1 , BRCA 2 (เฉพาะผู้ที่เคยตรวจ) | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> |
| | เคยเป็น cyst ที่เต้านมมีการแบ่งตัวของเซลล์ผิดปกติ | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> |
| | แม่ พี่สาว น้องสาว เป็นมะเร็งเต้านม หรือมะเร็งรังไข่ | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> |
| 3. ประวัติส่วนตัว | อายุ 40 ปีขึ้นไป | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> |
| | มีประจำเดือนครั้งแรกก่อนอายุ 12 ปี (.....ปี) | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> |
| | ไม่มีบุตร | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> |
| | หมดประจำเดือน หลังอายุ 50 ปี (menopause) (.....ปี) | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> |
| | มีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 35 ปี (.....ปี) | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> |
| | ได้รับฮอร์โมนทดแทนหลังหมดประจำเดือนนานกว่า 5 ปี | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> |
| | รับประทานยาคุมเกิน 10 ปี | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> |
| 4. การได้รับรังสีรักษา | เคยได้รับการฉายรังสีบริเวณหน้าอกก่อนอายุ 30 ปี | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> |
| | เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมน้ำเหลือง | | | | |
| 5. พฤติกรรมการดำรงชีวิต | สูบบุหรี่ | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> |
| | สูบบุหรี่วันละครั้งของขึ้นไป (.....มวน) | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> |
| | ชอบรับประทานอาหารไขมันสูง | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> |
| | ดื่มแอลกอฮอล์ มากกว่า 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> |
| | ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 - 5 วัน วันละ 30 นาที - 60 นาที | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> |
| | ดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 25 | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> |
| | รับประทานผัก ผลไม้เป็นประจำ | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> |
| | สามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นอย่างถูกต้อง | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> |
| | ตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างสม่ำเสมอทุกเดือน | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> |