



Syöpäjärjestöt

Esitietolomake

Syövän periytyvyysneuvonta

Ota esitietolomake mukaan tullessasi sairaanhoitajan vastaanotolle, kiitos.

Neuvonnan pyytäjän nimi:

Henkilötunnus:

Osoite:

Postinumero ja toimipaikka:

Puhelin:

Sähköposti:

Syntymäpaikkakunta:

Onko Teillä itsellänne
hoidettu syöpä?

Kyllä _ _ Ei _ _

Mikä syöpä?

Missä hoidettu?

Missä iässä sairastunut?



Vanhemmat ja isovanhemmat (etunimi riittää)

Etunimi

Syntymävuosi

Mahd. kuolinaika

Syntymäpaikka

tai henkilötunnus

Sairaala

Äitinne:

Äitinne äiti:

Äitinne isä:

Isänne:

Isänne äiti:

Isänne isä:

Onko edellä mainituilla todettu syöpää?

Kenellä?

Mikä syöpä?

Sairastumisikä?

Missä sairaalassa
hoidettu?



2. Omat sisarukset (etunimi riittää)

Kotikunta

Onko edellä mainituilla todettu syöpää?

Missä sairaalassa
hoidettu?



3. Omat lapset

Etunimi

Syntymävuosi

Mahd. kuolinaika

Kotikunta

kuolin ikä

Onko edellä mainituilla todettu syöpää?

Kenellä?

Mikä syöpä?

Sairastumisikä?

Missä sairaalassa
hoidettu?



Muut sukulaiset

Kenellä muilla suvussanne on todettu syöpä? Tietoturvan takaamiseksi kirjaa vain etunimi. Sukupuun piirtämistä varten kirjaa mahdollisimman tarkasti kumman vanhemman puolelta sukulaissuhde on, esimerkiksi isän vai äidin puolelta tulevat tädit ja serkut.

Etunimi	Sukulaisuus (äidin vai isän puolelta?)	Syntymä-vuosi	Mikä syöpä?	Ikä sairastuessa	Missä sairaalassa hoidettu	Mahd. kuolinaika

Isänne sisarusten lukumäärä: siskoa veljeä

Äitinne sisarusten lukumäärä: siskoa veljeä

- ☐ Annan suostumukseni piirtää sukupuun edellä antamieni tietojen pohjalta
- ☐ Annan suostumukseni syöpäyhdistyksen periytyvyysneuvonnassa laaditun sukupuun tietojen välittämiseen asiantuntijalääkärin jatkoarviointia varten
- ☐ Annan suostumukseni tarvittaessa tietojeni lähettämiseen ja käsittelyyn yliopistosairaalan kliinisen genetiikan yksikköön tai muuhun erikoissairaanhoidon

Lomakkeen täyttämispäivämäärä ____ . ____ .20 ____

Lomakkeen täyttäjän eli

neuvonnanpyytäjän allekirjoitus: _____