



## RİSK DEĞERLENDİRME FORMU

**DİKKAT : Bu form Türk Kanser Derneği tarafından en sık rastlanan 5 kanser türünün erken teşhisi için ne tür kontroller yapılması gerektiğinin önerilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Bu bilgiler tanı koymak için kullanılamaz. Değerlendirme yapacak uzmanlarımız dışında bu bilgiler kimseyle paylaşılmayacaktır. Derneğimiz bu form ile verilen bilgilerin doğru olduğunu kabul edecektir. Bununla birlikte Derneğimizin yapacağı öneriler sadece bilgilendirme amaçlı olacaktır. Derneğimiz hiçbir sorumluluk üstlenmeyecektir.**

1. İsim :.....

2. Cinsiyetiniz : ( ) Kadın ( ) Erkek

3. Yaşınız:.....

4. Boyunuz:.....

5. Kilonuz:.....

6. Doğum Yaptınız mı? ( ) Evet ( ) Hayır

7. Ailede Kanser Görülme Durumu:

( ) 1.derece akrabalar ( Anne baba kardeş)

Kanserin cinsi: .....

( ) 2.derece akrabalar (Teyze, Hala, Dayı, Amca,Büyükanne,Büyükbaba)

Kanserin cinsi: .....

8. Sigara Kullanımı:

( ) İçiyorum

a) Kaç Yıldır İçiyorsunuz:.....

b) Günde ortalama kaç paket içiyorsunuz:.....

( ) Bıraktım

a) Kaç Yıl İçtiniz : .....

b) Günde Kaç Paket İçiyordunuz: .....

c) Kaç Yıl Önce Bıraktınız :.....



**8. Spor Yapma Durumunuz: ( En az 30 dakika yürüyüş )**

- ( ) Arada Bir düzensiz ( ) Hiç  
( ) Haftada Bir ( ) Haftada 3 kez veya daha fazla

**9. Beslenme Durumunuz (Aşağıdaki besin gruplarının beslenmenizde yer tutan miktarını 1 den 10 a kadar değer vererek yazınız. Örneğin; haftanın 5-7 günü en az bir öğün alıyorsanız 9-10 veya haftanın bir günü bir öğün alıyorsanız 1 değeri veriniz.):**

- ( ) Et ( ) İşlenmiş Et Ürünleri( salam sosis sucuk vb.)  
( ) Beyaz Et (Tavuk, Hindi) ( ) Balık  
( ) Süt ( ) İşlenmiş Süt Ürünleri (Yoğurt, peynir, tereyağ)  
( ) Sebze ( ) Meyve  
( ) Kuru Bakliyat (Mercimek, Kuru Fasulye, Nohut)  
( ) Unlu Gıdalar (Ekmek dahil, pirinç, makarna, hamur işleri)  
( ) Sütlü Tatlılar ( ) Hamur Tatlıları  
( ) Şeker ve Şekerleme ( Reçel ve Bal dahil)

**10. Daha önce geçirdiğiniz ameliyatlara ve zamanı (yıl/ay)**

a) .....

b).....



11. Daha önce geçirdiğiniz hastalıklar ve zamanı (yıl/ay)

a) .....

b).....

c).....

12. Düzenli kullandığınız ilaçlar ve ne kadar süredir kullanıyorsunuz

a) .....

b).....

c).....

Lütfen buraya iletişim bilgilerinizi giriniz. (Telefon ,eposta ,faks ,adres)