

## ОЦЕНКА НАСЛЕДСТВЕННОГО РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ РАКОМ

*На основе данных анкеты для оценки наследственного риска заболевания раком можно провести оценку того, превышает ли Ваш индивидуальный риск развития злокачественного новообразования общий риск среди населения. Таким образом, цель анкеты – выяснить, есть ли у Вас наследственные факторы, увеличивающие вероятность возникновения рака. Если анкета показывает, что Ваш риск может быть выше, чем в среднем по населению, рекомендуем проконсультироваться с нашим генетиком, чтобы узнать больше о возможных рисках и спланировать дальнейшие обследования. Если анкета показывает, что Ваш риск существенно не отличается от среднего риска среди населения, то наши готовые пакеты генетических тестов подходят для дальнейших обследований для оценки индивидуального риска развития рака груди, простаты, толстой кишки или меланомы. Эти тесты не оценивают генетические изменения с высоким риском заболевания, связанного с наследственной предрасположенностью, но позволяют оценить отдельные комбинации генов, связанные с некоторым увеличением (от легкого до умеренного) вероятности возникновения опухолей. На основе этих генетических тестов невозможно дать абсолютные или точные численные оценки риска развития рака.*

Были ли у Вас в семье случаи заболевания раком?

ДА    НЕТ

У скольких родственников в Вашей семье был диагностирован рак?

1      2      3      или более

Был ли у Вашего родственника первой степени (мать, отец, сестра, брат, ребенок) диагностирован рак?

ДА    НЕТ

Был ли у кого-либо в Вашей семье диагностирован рак в относительно молодом возрасте (<60 лет)?

ДА    НЕТ

## ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И ЛАЗЕРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Есть ли у Вас морщины, пигментные пятна или расширенные капилляры, которые Вас беспокоят?

ДА    НЕТ

Есть ли у Вас шрамы или растяжки, которые Вас беспокоят?

ДА    НЕТ

Хотите ли Вы удалить татуировки или перманентный макияж?

ДА    НЕТ

Довольны ли Вы качеством и тоном кожи своего лица?

ДА    НЕТ

Есть ли у Вас расширенные вены (или капилляры на ногах), которые Вас беспокоят?

ДА    НЕТ

Беспокоит ли Вас сухость глаз?

ДА    НЕТ

Присутствует ли у Вас сухость влагалища? (вопрос для женщин)

ДА    НЕТ

## СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ДИАБЕТ

ИМЯ И ФАМИЛИЯ:

ВОЗРАСТ (ЛЕТ):

ЛИЧНЫЙ КОД:

Входят ли в Ваш повседневный распорядок дня по меньшей мере 30 минут физически активной деятельности (например, быстрая ходьба, уборка и т.п.)?

ДА    НЕТ

Съедаете ли Вы в общей сложности не менее 500 граммов фруктов, овощей и ягод ежедневно?

ДА    НЕТ

Принимали ли Вы когда-нибудь лекарства для снижения кровяного давления на регулярной основе?

ДА    НЕТ

Диагностировали ли Вам когда-либо повышенный уровень сахара в крови (например, во время проверки состояния здоровья или во время беременности)?

ДА    НЕТ

Был ли диагностирован Вашим ближайшим родственникам (родители, братья-сестры, дети) сахарный диабет?

ДА    НЕТ

Был ли диагностирован другим Вашим родственникам (бабушки-дедушки, дяди-тети, двоюродные братья-сестры) сахарный диабет?

ДА    НЕТ

Был ли у Ваших ближайших родственников (родители, братья-сестры) ранний (в возрасте <55 лет для мужчин, <65 лет для женщин) инфаркт миокарда или предынфарктное состояние?

ДА    НЕТ

Курите ли Вы?

ДА    НЕТ