



Syöpäjärjestöt

Esitietolomake

Syövän periytyvyysneuvontaa varten

P-K:n Syöpäyhdistys ry. Malmikatu 5 B, 2.krs, 80100 JOENSUU

Lisätietoja: sairaanhoitaja Marjo Turunen, 050-5679 264 / marjo.turunen@pksy.fi

Nimi:

Henkilötunnus:

Osoite:

Postinumero ja toimipaikka:

Puhelin:

Sähköposti:

Syntymäpaikkakunta:

Onko teille itsellenne
tehty periytyvyys
tutkimuksia?

Onko Teillä itsellänne
hoidettu syöpä?

Kyllä

Ei

Mikä syöpä?

Missä hoidettu?

Missä iässä sairastunut?



1. Vanhemmat ja isovanhemmat tietoturvan takaamiseksi kirjaa vain etunimi

Nimi

Syntymävuosi

Mahd. kuolinaika

Syntymäpaikka

Äitinne:

Äitinne äiti:

Äitinne isä:

Isänne:

Isänne äiti:

Isänne isä:

Onko edellä mainituilla todettu syöpää?

Kenellä?

Mikä syöpä?

Sairastumisikä?

Missä hoidettu?



2. Omat sisarukset tietoturvan takaamiseksi kirjaa vain etunimi

Kotikunta

Onko edellä mainituilla todettu syöpää?

Missä hoidettu?



3. Omat Lapset

Nimi

Syntymävuosi

Mahd. kuolinaika

Kotikunta

Onko edellä mainituilla todettu syöpää?

Kenellä?

Mikä syöpä?

Sairastumisikä?

Missä hoidettu?



4. 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.

Nimi	Sukulaisuus (äidin vai isän puolelta?)	Synt. vuosi	Mikä syöpä?	Ikä sairas- tuessa	Missä hoidettu	Kuolinaika jos tiedossa

Isänne sisarusten lukumäärä: siskoa veljeä

Äitinne sisarusten lukumäärä: siskoa veljeä

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

Lomakkeen täyttämispäivämäärä ____ . ____ . 2025

Neuvonnan pyytäjän allekirjoitus:
