

CANCER FAMILY HISTORY QUESTIONNAIRE

Personal Information

Patient Name: _____ Date of Birth: _____ Age: _____
 Gender (M/F): _____ Today's Date(MM/DD/YY): _____ Health Care Provider: _____

Instructions: This is a screening tool for cancers that run in families. Please mark (Y) for those that apply to YOU and/or YOUR FAMILY. Next to each statement, please list the relationship(s) to you and age of diagnosis for each cancer in your family.

You and the following close blood relatives should be considered: You, Parents, Brothers, Sisters, Sons, Daughters, Grandparents, Grandchildren, Aunts, Uncles, Nephews, Nieces, Half-Siblings, First-Cousins, Great-Grandparents and Great Grandchildren

YOU and YOUR FAMILY'S Cancer History (Please be as thorough and accurate as possible)

	CANCER	YOU AGE OF Diagnosis	PARENTS / SIBLINGS / CHILDREN	AGE OF Diagnosis	RELATIVES on your MOTHER'S SIDE	AGE OF Diagnosis	RELATIVES on your FATHER'S SIDE	AGE OF Diagnosis
<input checked="" type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	EXAMPLE: BREAST CANCER	45	-----	---	Aunt Cousin	45 61	Grandmother	53
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	BREAST CANCER							
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	OVARIAN CANCER (Peritoneal/Fallopian Tube)							
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	UTERINE/ENDOMETRIAL CANCER							
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	COLON/RECTAL CANCER							
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	10 or more LIFETIME COLON POLYPS (Specify #)							
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	OTHER CANCER(S) (Specify cancer type)	Among others, consider the following cancers: Melanoma, Pancreatic, Stomach/Gastric, Brain, Kidney, Bladder, Small bowel, Sarcoma, Thyroid						

Y N Are you of Ashkenazi Jewish descent?

Y N Are you concerned about your personal and/or family history of cancer?

Y N Have you or anyone in your family had genetic testing for a hereditary cancer syndrome? (Please explain/include a copy of result if possible)

Hereditary Cancer Red Flags (To be completed with your healthcare provider - Check all that apply)

Your PERSONAL History – Red Flags

Hereditary Breast and Ovarian Cancer Syndrome

- Breast cancer diagnosed at age 50 or younger
- Ovarian cancer at any age
- Two primary occurrences of breast cancer
- Male breast cancer
- Triple Negative Breast Cancer
- Pancreatic cancer with a breast or ovarian cancer
- Ashkenazi Jewish ancestry with an HBOC-associated cancer*

Lynch Syndrome** (see cancer list below)

- Colorectal cancer under age 50
- Endometrial/uterine cancer under age 50
- MSI High histology*** before age 60
- Abnormal MSI/IHC tumor test result (colon/rectal/endometrial/uterine)
- Two or more Lynch syndrome cancers** at any age
- YOU and one or more relatives with a Lynch syndrome cancer**

*HBOC associated cancer includes: Breast, ovarian, and pancreatic cancer

**Lynch syndrome cancer includes: Colon, endometrial/uterine, gastric/stomach, ovarian, ureter/renal pelvis, biliary tract, small bowel, pancreas, brain and sebaceous adenomas

***MSI High histology includes: Mucinous, signet ring, tumor infiltrating lymphocytes, crahn's-like lymphocytic reaction histology, or medullary growth pattern

Your FAMILY History – Red Flags

Hereditary Breast and Ovarian Cancer Syndrome

- Close relative with breast cancer less than age 50
- Close relative with ovarian cancer at any age
- Two or more breast cancer occurrences, in one relative or in two or more relatives on the same side of the family, one under age 50
- A male relative with breast cancer
- Combination of breast, ovarian, and/or pancreatic cancer on the same side of the family.
- Three or more relatives with breast cancer at any age
- A previously identified BRCA1 or BRCA2 mutation in the family

Lynch Syndrome** (see cancer list below)

- Two or more relatives with a Lynch syndrome cancer**, one before the age of 50
- Three or more relatives with a Lynch syndrome cancer** at any age
- A previously identified Lynch syndrome mutation in the family

Cancer Risk Assessment Review (To be completed after discussion with healthcare provider)

Patient's Signature: _____ Date: _____

Health Care Provider's Signature: _____ Date: _____

For Office Use Only: Patient offered hereditary cancer genetic testing? YES NO ACCEPTED DECLINED

Follow-up appointment scheduled: YES NO Date of Next Appointment: _____

CUESTIONARIO SOBRE ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER

Información personal

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Sexo (M/F): _____ Fecha de hoy (MM/DD/AA): _____ Proveedor de atención médica: _____

Instrucciones: Esta es una herramienta para la detección de tipos de cáncer hereditarios. Marque (S) para aquellos casos que se apliquen a USTED y/o a SU FAMILIA. Junto a cada enunciado, indique la o las relaciones de parentesco que tiene con la persona y la edad al momento del diagnóstico para cada tipo de cáncer de su familia.

Usted y los siguientes familiares consanguíneos más cercanos deben ser considerados: *usted, sus padres, hermanos, hermanas, hijos, hijas, abuelos, nietos, tías, tíos, sobrinos, sobrinas, hermanastros, primos consanguíneos, bisabuelos, y bisnietos.*

USTED y los antecedentes de cáncer DE SU FAMILIA (Sea lo más exhaustivo y preciso posible)

	CÁNCER	USTED EDAD al diagnóstico	PADRES/ HERMANOS/ HUOS	EDAD al diagnóstico	FAMILIARES por parte de su MADRE	EDAD al diagnóstico	FAMILIARES por parte de su PADRE	EDAD al diagnóstico
<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	EJEMPLO: CÁNCER DE MAMA	45	—	—	Tía Prima	45 61	Abuela	53
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	CÁNCER DE MAMA (Mujer u Hombre)							
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	CÁNCER DE OVARIO (Peritoneal/Trompas de Falopio)							
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	CÁNCER DE ÚTERO (ENDOMETRIO)							
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	CÁNCER DE COLON/RECTO							
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	10 o más PÓLIPOS COLORRECTALES A LO LARGO DE LA VIDA (Especificar N. ^o)							
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	OTROS TIPOS DE CÁNCER (Especificar tipo de cáncer)	Considere los siguientes tipos de cáncer: Melanoma, cáncer de páncreas, de estómago (gástrico), de cerebro, de riñón, de intestino delgado, sarcoma, cáncer de tiroides, de próstata						

S N ¿Es usted de ascendencia judía asquenazi?

S N ¿Le preocupan sus antecedentes personales o familiares de cáncer?

S N ¿Alguna vez se ha hecho usted o alguna persona de su familia una prueba genética para detectar un síndrome de cáncer hereditario? (Explique/Incluya una copia del resultado de ser posible)

Señales de Alerta de Cáncer Hereditario (Para completar junto con su proveedor de atención médica - Marque todas las que correspondan)

Señales de alerta de síndrome de cáncer hereditario de mama y de ovario*

Antecedentes personales y/o familiares¹ de:

- Cáncer de mama diagnosticado antes de los 50 años
- Cáncer de ovario
- Dos tumores malignos primarios de mama
- Cáncer de mama en hombres
- Cáncer de mama triple negativo
- Ascendencia judía asquenazi con un cáncer asociado al síndrome HBOC adicional^{1b}
- Tres o más cánceres asociados al síndrome de cáncer hereditario de mama y de ovario a cualquier edad^{1b}
- Una mutación asociada con el síndrome de cáncer hereditario de mama y de ovario identificada anteriormente en la familia

¹ Los parientes consanguíneos cercanos incluyen a los familiares de primer, segundo o tercer grado por el lado materno o paterno

^{1b} En la misma persona o en el mismo lado de la familia

^{1c} Los tipos de cáncer asociados al síndrome HBOC incluyen cáncer de mama (incluida el carcinoma ductal in situ o DCIS) cáncer de ovario, cáncer de páncreas y cáncer agresivo de próstata

Síndrome de Lynch: señales de alerta*

Una persona con cualquiera de los siguientes:

- Cáncer colorrectal o de endometrio antes de los 50 años
- Histología de MSI alta antes de los 60 años⁵
- MSI o resultados de prueba inmunohistoquímica de tumor anómalos (colorrectal/de endometrio)
- Dos o más cánceres asociados al síndrome de Lynch** a cualquier edad
- Cáncer asociado al síndrome de Lynch** con uno o más familiares con un cáncer asociado al síndrome de Lynch⁶
- Una mutación asociada con el síndrome de Lynch o PAM identificada anteriormente en la familia

Una persona con cualquiera de los siguientes antecedentes familiares:

- Un familiar de primer o segundo grado con un diagnóstico de cáncer colorrectal o cáncer de endometrio antes de cumplir 50 años
- Dos o más familiares con un cáncer asociado al síndrome de Lynch**, uno antes de los 50 años de edad⁶
- Tres o más familiares con un cáncer asociado al síndrome de Lynch** a cualquier edad⁶
- Una mutación asociada con el síndrome de Lynch o PAM identificada anteriormente en la familia

⁵ La histología de MSI alta incluye: mucinosa, de células en anillo de sello, infiltrado linfocitario en el tumor, reacción linfocítica tipo Crohn o patrón de crecimiento medular

⁶ Los tipos de cáncer asociados al síndrome de Lynch incluyen cáncer colorrectal, de endometrio, gástrico, de ovario, de uréter/pelvis renal, de vías biliares, de intestino delgado, de páncreas, adenomas sebáceos

^{6a} Los antecedentes de cáncer deben estar en el mismo lado de la familia

* Los criterios de evaluación están basados en las pautas de la sociedad médica. Para consultar las pautas de la sociedad médica por separado, visite www.MyrriadPro.com

Revisión de la Evaluación del Riesgo de Cáncer (Para completar después de hablar con el proveedor de atención médica)

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del proveedor de atención médica: _____ Fecha: _____

Para uso interno solamente: Patient offered hereditary cancer genetic testing? YES NO ACCEPTED DECLINED

Follow-up appointment scheduled: YES NO Date of Next Appointment: _____