

卵巢癌检查清单

患者

本文件将作为帮助您与医疗团队开展卵巢癌护理的一种工具。各部分将包含在癌症历程中您应当与医疗团队讨论并跟踪的重要护理信息及项目。

第 1 部分

了解您的
家族癌症病史

第 2 部分

与您的初级护理提
供者 (PRIMARY CARE
PROVIDER, PCP) 或妇产
科医生 (OBSTETRICIAN-
GYNECOLOGIST, OB/GYN)
一同填写

第 3、4、5 部分

与您的妇科
肿瘤医生一同填写

第 6 部分

就诊时的
附加备注空白处

如需更多宣传教育信息，请参阅《NCCN 上皮性卵巢癌患者指南》(NCCN Epithelial Ovarian Cancer Guideline)：<https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/ovarian-patient.pdf>

第 1 部分 - 家族病史

家族癌症病史非常重要。与家人沟通，记录家族的癌症病史。护理期间，您将被问及以下问题：

- 谁患过癌症？（一级或二级亲属）
- 癌症种类？
- 诊断患癌时的年龄？
- 他们是否接受过基因检测？如果您接受过基因检测，请与提供者分享检测结果（参见第 4 部分）。

1

1 级血亲

父母
兄弟姐妹
子女

2

2 级血亲

祖父母
孙子女
阿姨/叔伯
甥侄女/甥侄子

第 2 部分 - 与初级护理提供者 (PRIMARY CARE PROVIDER, PCP) 或 OB/GYN 一同填写

提供者姓名： _____ 电话号码： _____

血液检测结果		
血值	结果	日期
CA-125 值：		
CEA 值：		
其他：		

请携带您已收到的任何检测结果的副本。

检测结果

您是否做过腹部/骨盆电子计算机断层扫描 (Computed Tomography, CT)? 是 否
(扫描日期: _____)

如果是, 则适用以下 2 项:

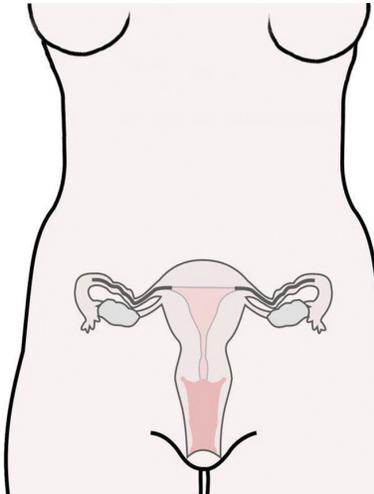
- 如果您有放射科医生报告 (包含 CT 扫描结果) 或 CT 扫描副本的打印件, 请在预约妇科肿瘤医生时携带此文件。
- 如果您没有打印件, 肿瘤医生办公室将要求您提供电子版 CT 扫描副本

如果否:

- 请预约妇科肿瘤医生。

第 3 部分 - 与妇科肿瘤医生一同填写

妇科肿瘤医生姓名: _____ 电话号码: _____

癌症分期: 癌症类型 _____ 阶段 _____	
分期简述 I. 癌症只出现在卵巢或输卵管中。 II. 癌症涉及 1 个或 2 个卵巢或输卵管, 已扩散到骨盆以下, 或者为腹膜癌。 III. 癌症涉及 1 个或 2 个卵巢或输卵管, 或者为腹膜癌。癌症已扩散至骨盆外的腹膜和/或腹部后方腹膜后腔的淋巴结 (沿主要血管的淋巴结, 如主动脉)。 IV. 癌症已扩散至腹部以外的器官。 IV-A. 癌症已扩散至肺部周围的液体 IV-B. 癌症已扩散至肝脏或腹部以外的器官 (包括腹腔外的腹股沟淋巴结)	此图像供您的妇科肿瘤医生绘制患病位置。 

如需查看完整的分期信息, 可访问美国癌症协会 (American Cancer Society) 网站:
<https://www.cancer.org/cancer/ovarian-cancer/detection-diagnosis-staging/staging.html>

第 4 部分 - 基因检测

妇科顾问姓名: _____ 电话号码: _____

我的卵巢癌存在遗传因素吗? 是 否

如果存在遗传因素, 是什么基因发生了突变: _____

根据我的基因检测结果, 是否应当采取额外措施?

是

向家人告知遗传癌症风险

针对额外的癌症风险, 在提供者处复诊

其他 _____

否

第 5 部分 - 治疗

您的妇科肿瘤医生会详细介绍治疗顺序和方案。在术前进行化疗以缩小肿瘤的方案被称为“新辅助化疗”。

手术治疗

手术： _____ 手术日期： _____

化疗	日期	备注

临床试验

临床试验是一项寻找癌症护理改善新方案(例如预防、诊断、治疗和副作用管理)的研究。

- 有针对不同癌症类型和阶段的临床试验
- 临床试验参与纯属自愿
- 对于接受过多种治疗的人而言，临床试验有时是一种选择

我的提供者是否提及过临床试验？ 是 否

我是否参加了临床试验？ 是 否

