

## Program Pemeriksaan Kanker Nasional

Nama Belakang		Nomor Identitas		Telepon	Rumah	
Nama Depan					Ponsel	
<input type="checkbox"/> Asuransi kesehatan Medicaid <input type="checkbox"/> Penerima			Email			
			Cara penerimaan surat hasil pemeriksaan kesehatan		<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Email	
Alamat sekarang					Kode pos	
					-	

※Berikut ini adalah pertanyaan-pertanyaan tentang kanker.

※Harap jawab pertanyaan-pertanyaan berikut ini tentang **kondisi Anda saat ini** dengan mencentang kotak yang tepat.

1. Adakah area yang **tidak nyaman** dalam tubuh Anda? Di mana?

- ① Ya (gejala: )      ② Tidak

2. Dalam **6 bulan terakhir**, apakah Anda mengalami kenaikan berat badan lebih dari 5 kg tanpa alasan khusus?

- ① Tidak      ② Ya; total penurunan berat badan (      kg)

3. Adakah anggota keluarga Anda, termasuk Anda, yang menderita kanker?

Jenis Kanker	Tidak	Tidak Tahu	Ya (Anda dapat memilih lebih dari satu penyakit.)				
			Anda	OrangtuaOrang tua	Saudara laki-laki	Saudara perempuan	Anak
Kanker Lambung							
Kanker Payudara							
Kanker Usus Besar dan Anus							
Hepatoma							
Kanker Serviks							
Kanker Paru-Laru							
Lainnya (_____)							

4. Apakah Anda pernah menjalani **pemeriksaan berikut ini** sebelumnya?

Pemeriksaan		Periode			
		Lebih dari 10 tahun lalu atau tidak pernah	Dalam setahun ini	Antara 1 dan 2 tahun	Antara 2 dan 10 tahun
<b>Kanker Lambung</b>	Fotografi				
	Endoskopi				
<b>Kanker Payudara</b>	Mammogram				
<b>Kanker Usus Besar dan Anus</b>	Darah Samar Dalam Tinja (Uji Feses)				
	Barium Enema				
	Endoskopi				
<b>Kanker Serviks</b>	Pemeriksaan Kulit Serviks				
<b>Kanker Paru-Laru</b>	CT Dada				
<b>Hepatoma</b>	Ultrabunyi Hati	Tidak ada	Dalam 6 bulan ini	Antara 6 dan 12 bulan	Lebih dari 1 tahun

※Pertanyaan-pertanyaan berikut ini hanya tentang kanker lambung, hepatoma, dan kanker usus besar dan rektum.

※Harap tandai dengan ‘O’ yang sesuai dengan kondisi Anda saat ini.

5. Apakah Anda pernah didiagnosis menderita **penyakit perut**?

Penyakit	Tukak lambung	Radang lambung	Tukak duodenum	Polip	Lainnya (tuliskan)	Tidak ada
Ya						

6. Apakah Anda pernah didiagnosis menderita **penyakit usus besar**?

Penyakit	Polip kolon	Kolitis ulseratif	Penyakit Crohn	Wasir	Lainnya (tuliskan)	Tidak ada
Ya						

7. Apakah Anda pernah didiagnosis menderita **penyakit hati**?

Penyakit	Pembawa Hepatitis B	Hepatitis B	Hepatitis C	Sirosis	Lainnya (tuliskan)	Tidak ada
Ya						

8. Pernahkah Anda didiagnosis menderita **penyakit paru-paru** apa pun?

Penyakit	Penyakit paru obstruktif kronis (COPD) (bronkitis kronis, emfisema, dll.)	Tuberkulosis paru (TB)	Nodul paru	Penyakit paru interstisial (ILD)	Pneumokoniosis	Lainnya (tuliskan)	Tidak ada
Ya							

※Pertanyaan-pertanyaan berikut ini hanya tentang kanker payudara dan kanker serviks. (Hanya untuk wanita.)

① Usia                                      ② Saya belum menstruasi.

[illegible]

10. Apakah Anda pernah meminum obat atau mengikuti pengobatan hormonal untuk meringankan gejala menopause?

④ Ya; selama lebih dari 5 tahun

⑤ Tidak tahu

① 1                      ② Lebih dari 2                      ③ Tidak ada anak

① Kurang dari 6 bulan      ② Antara 6 dan 12 bulan      ③ Lebih dari 1 tahun      ④ Tidak menyusui

(Tumor jinak hanyalah tumor, bukan kanker dan bahkan tidak bersifat kanker.)

14. Apakah Anda pernah mengonsumsi pil KB?

③ Lebih dari 1 tahun                      ④ Tidak tahu