

# Evaluación del riesgo para Síndrome de Lynch o Síndromes polipósico hereditario

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha en la que se completó la evaluación: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Encierre la letra S en un círculo en caso de que los enunciados se apliquen a USTED y/o SU FAMILIA (tanto por parte materna como paterna). Junto a cada enunciado, indique la relación de parentesco que tiene con la persona y la edad al momento del diagnóstico. Usted y los siguientes familiares deben ser considerados:

*Madre Padre Hermano Hermana Hijos Tío o tía por parte paterna Tío o tía por parte materna Primos sanguíneos  
Sobrinos/Sobrinas Abuelo/Abuela por parte paterna Abuelo/Abuela por parte materna*

Cada enunciado debe responderse de manera individual, por esta razón es posible que deba indicar el mismo diagnóstico de cáncer más de una vez como respuesta a estas preguntas. Esta es una herramienta para detectar las características comunes del síndrome hereditario de cáncer de mama y de ovario. Comparta esta información con su profesional de atención médica para colaborar en la determinación de su riesgo de cáncer hereditario.

CÁNCER DE ÚTERO Y DE COLON		USTED MISMO	FAMILIARES	EDAD AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO
S	N			
Cáncer colorrectal antes de los 50 años				
S	N			
Cáncer de útero (endometrio) antes de los 50 años				
S	N			
2 o más cánceres asociados al síndrome de Lynch* en la misma persona o en el mismo lado de la familia				

(\*Los tipos de cáncer asociados al síndrome de Lynch incluyen cáncer colorrectal, cáncer de útero (endometrio), cáncer de ovario, de estómago, de uréter/pelvis renal, de vías biliares, de intestino delgado, de páncreas y adenomas sebáceos)

SÍNDROMES POLIPÓSICO		USTED MISMO	FAMILIARES	EDAD AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO
S	N			
10 o más adenomas colorrectales acumulados (durante la vida de la persona)				
S	N			
¿Alguna vez se ha hecho usted o alguno de sus familiares una prueba para detectar su riesgo de cáncer hereditario? Si responde Sí, explique:				

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

<b>PARA USO INTERNO SOLAMENTE</b>		<input type="checkbox"/> Patient offered genetic testing:	
<input type="checkbox"/> Candidate for further risk assessment and/or genetic testing:	<input type="checkbox"/> Lynch	<input type="checkbox"/> Polyposis	<input type="checkbox"/> Accepted
<input type="checkbox"/> Information given to patient to review			<input type="checkbox"/> Declined
<input type="checkbox"/> Follow-up appointment scheduled	Date: _____	Healthcare Professional's Signature _____	Date _____