

版本日期：02/22/2023

日期：_____

肺癌筛查计划 – 癌症筛查和导航登记表

第一部分：资格筛选

资格（基本人口统计学信息、先前的筛查和预防保健服务、个人/家族癌症史）

年龄 _____ 首选护理区域：☐ 布鲁克林 ☐ 皇后区 ☐ 曼哈顿 ☐ 长岛 ☐ 史坦顿岛

吸烟状况：☐ 现在吸烟 ☐ 以前吸烟（戒烟年份 _____） ☐ 从未吸烟

吸烟史：每天 _____ 包 吸烟 _____ 年

有资格进行筛查 ☐ 是 ☐ 否 **(请完成第2部分)**

您是否曾经进行过胸部成像检查？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，是什么类型？ ☐ CT扫描 ☐ X光 ☐ 不知道 扫描日期 _____

您是否曾被诊断出患有任意类型的癌症？ ☐ 是 ☐ 否

何时 _____ 癌症类型 _____

资格标准：

现在或曾经吸烟

吸烟史至少20包年 请参考网站以获得准确信：

<https://www.omnicalculator.com/health/pack-years>

如果曾经吸烟，在过去15年内戒烟

最近一次胸部CT扫描至少在12个月前

第二部分：联系信息

姓氏：_____ 名字 _____ MI _____

代词：☐ 她/她的 ☐ 他/他的 ☐ 他们/他们的 ☐ 其他: _____

出生日期: ____/____/____

家庭电话：_____ 手机号码：_____

我们是否可以在您的手机上发短信：☐ 是 ☐ 否 我们是否可以留下语音留言？☐ 是 ☐ 否

首选语言 _____

您是否有家庭医生？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

家庭医生 _____ 电话号码 _____

您是否有医疗保险？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

您是否希望收到有关癌症预防计划、服务和研究的信息？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，是什么类型？ ☐ 乳腺 ☐ 宫颈 ☐ 结直肠 ☐ 肺 ☐ 前列腺 ☐ 胃 ☐ 肝
☐ 胰腺 ☐ 皮肤 ☐ 其他 _____

您是否愿意接受参与研究调查和调查的联系？ ☐ 是 ☐ 否

您家中是否有非吸烟女性的有兴趣参加肺癌筛查研究？ ☐ 是 ☐ 否