

Family history questionnaire

Personal information

Patient name	Date of birth	Healthcare provider	Today's date
--------------	---------------	---------------------	--------------

Instructions: Your personal and family history of cancer is important to provide you with the best care possible. Please complete the chart below based on your personal and family history of cancer. The following blood relatives should be considered: **parents, siblings, half-siblings, children, grandparents, grandchildren, aunts, uncles, nieces and nephews on both sides of the family.** For cancer sites with a '1st-degree relative' notation, only parents, siblings, and children should be considered.

Do you have personal history of:	Yes (Y) / No (N)	Which cancer?	Age at diagnosis?
Breast, ovarian, colon, rectal or pancreatic cancer at any age	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Uterine cancer at 64 or younger	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Metastatic or high-risk prostate cancer at any age	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
10 or more colorectal adenomas (pre-cancerous polyps) total over your lifetime	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		

Do you have family history of:	Yes (Y) / No (N)	Maternal (M) / Paternal (P)	Which relative?	Age at diagnosis?
Breast cancer at 50 or younger	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P		
Two different breast cancers in one relative at any age	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P		
Three breast cancers in relatives on the same side of the family at any age	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P		
Ovarian cancer at any age	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P		
Male breast cancer at any age	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P		
Triple negative breast cancer at any age	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P		
Ashkenazi Jewish ancestry with breast cancer at any age	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P		
Pancreatic cancer at any age (1st-degree relative)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P		
Metastatic or high-risk prostate cancer at any age (1st-degree relative)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P		
Colon cancer at 49 or younger (1st-degree relative)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P		
Uterine cancer at 49 or younger (1st-degree relative)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P		
Three colon and/or uterine cancers on the same side of the family at any age	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P		
Do you have family history of other cancers?	List them here:			
Have you or anyone in your family had genetic testing for hereditary cancer?	Who?	What gene?	Result?	

Cancer risk assessment review (to be completed after discussion with your healthcare provider)

Patient signature	Date
Healthcare provider signature	Date

Office use only Patient offered hereditary cancer genetic testing? Yes No / Accepted Declined

If yes, which test? BRACAnalysis® with MyRisk® / Multisite 3 BRACAnalysis® REFLEX to BRACAnalysis® with MyRisk®

COLARIS® PLUS with MyRisk® / COLARIS AP® PLUS with MyRisk® / Single site testing / MyRisk® Update Test

Other: _____

Follow-up appointment scheduled? Yes No Date of next appointment: _____

Cuestionario sobre el historial familiar de cáncer

Información personal

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Proveedor de atención médica	Fecha de hoy
---------------------	---------------------	------------------------------	--------------

Instrucciones: Su historial de cáncer personal y familiar es importante para proporcionarle la mejor atención posible. Por favor complete la siguiente tabla con su información personal y familiar de cáncer. Los siguientes parientes familiares se deben considerar: **padres, hermanos, hermanas, medios-hermanos, medias-hermanas, hijos, hijas, abuelos, nietos, tíos, tías, sobrinos y sobrinas de ambos lados de la familia.** Para los tipos de cáncer que llevan una notación de "pariente de primer grado", solo los padres, hermanos, hermanas, hijos e hijas deben ser considerados.

Tienes antecedentes personales de:	¿Sí (S) o No (N)?	¿Cuál cáncer?	¿Edad cuando recibió el diagnóstico?
Cáncer de mama, de ovario, de colon, de recto, o de páncreas diagnosticado a cualquier edad	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
Cáncer de útero a los 64 años de edad o antes	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
Metastatic or high-risk prostate cancer at any age	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
10 or more colorectal adenomas (pre-cancerous polyps) total over your lifetime	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		

Tienes antecedentes familiares de:	¿Sí (S) o No (N)?	¿Cuál pariente?	¿Del lado materno (M) o paterno (P) de la familia?	¿Edad cuando recibió el diagnóstico?
Cáncer de mama antes de o a la edad de 50	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P		
Dos diagnósticos diferentes de cáncer de mama a cualquier edad en un pariente	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P		
Tres casos de cáncer de mama a cualquier edad en parientes del mismo lado de la familia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P		
Cáncer de ovario a cualquier edad	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P		
Hombre con cáncer de mama a cualquier edad	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P		
Cáncer de mama triple negativo a cualquier edad	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P		
Ascendencia judía askenazí con cáncer de mama a cualquier edad	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P		
Cáncer de páncreas a cualquier edad (pariente de primer grado)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P		
Cáncer de próstata metastásico o de alto riesgo a cualquier edad (pariente de primer grado)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P		
Cáncer de colon antes de o a la edad de 49 (pariente de primer grado)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P		
Cáncer de útero (matriz) antes de o a la edad de 49 (pariente de primer grado)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P		
Tres casos de cáncer de colon y/o cáncer de útero (matriz) a cualquier edad en parientes del mismo lado de la familia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P		
¿Tienes antecedentes familiares de otros tipos de cáncer?	List them here:			
¿Usted o alguien de su familia se ha realizado pruebas genéticas sobre el cáncer hereditario?	Who?	What gene?	Result?	

Revisión de la evaluación del riesgo de cáncer (para completar después de la discusión con su proveedor de atención médica)

Firma del paciente	Fecha
Firma del proveedor de atención médica	Fecha

Office use only Patient offered hereditary cancer genetic testing? Yes No / Accepted Declined

If yes, which test? BRACAnalysis® with MyRisk® / Multisite 3 BRACAnalysis® REFLEX to BRACAnalysis® with MyRisk®

COLARIS® PLUS with MyRisk® / COLARIS AP® PLUS with MyRisk® / Single site testing / MyRisk® Update Test

Other: _____

Follow-up appointment scheduled? Yes No Date of next appointment: _____