

## الحملة الوطنية للكشف عن أمراض الثدي في مملكة البحرين جمعية البحرين لمكافحة السرطان - وزارة الصحة

إسم المركز : \_\_\_\_\_

رقم المركز : \_\_\_\_\_ التاريخ : \_\_\_\_\_  
Day Month Year

عزيزتي المشاركة :

نحن ندعوك للمشاركة في الحملة للكشف عن أمراض الثدي في مملكة البحرين ،  
تتضمن هذه الحملة إجراء صورة أشعة للثديين . هذه الصورة روتينية ،  
آمنة ولا تعرّضك لأيّة مخاطر، ولكن لا يمكنك إجراء هذه الصورة في حالة الحمل الرجاء مراجعة طبيبك.

للباحثة :

دوّن هذه المعلومات من البطاقة السكانية .

الإسم : \_\_\_\_\_

رقم البطاقة السكانية : \_\_\_\_\_

_____	D	بناية/فيلا
_____	E	شقة رقم
_____	F	مجمع
_____	G	شارع

الرجاء الإجابة عن الأسئلة التالية :

_____	H	رقم الهاتف نقال (موبايل)
_____	I	كيف سمعت عن هذه الحملة لأول مرة؟
_____	1.	من التلفزيون
_____	2.	من الجرائد والمجلات
_____	3.	من الإعلانات على الطرقات
_____	4.	من قريب/صديقة
_____	5.	من طبيب أو أي عامل آخر في مجال الصحة
_____	6.	مصدر آخر، حددي

_____	1.	في حال قيام حملة أخرى للكشف المبكر عن سرطان الثدي . هل ستشاركين فيها ؟	28.
_____	لا	نعم	

يقاس الطول والوزن وتوثق النتائج في الخانات التالية

_____	A	الطول (بالسنتمتر)	29.
_____	B	لم يؤخذ القياس	
_____	A	الوزن (بالكيلوغرام)	30.
_____	B	لم يؤخذ القياس	

الرجاء الانتباه للملحق II - الخاص بمن لديهن اصابه بالمرض اصلا  
ملحق II

الإسم : \_\_\_\_\_

رقم البطاقة السكانية : \_\_\_\_\_

_____	31.	ما هو العلاج الذي تم إعطاؤك إياه ؟
_____	31A.	جراحي ؟
_____	31B.	إشعاعي ؟
_____	31C.	هرموني ؟
_____	31D.	كيميائي ؟
_____	32.	ما هو نوع الهرمونات العلاجية التي أعطيت لك ؟
_____	32A.	هل كانت إبر ضد الهرمونات ؟
_____	32B.	هل كانت حبوب ضد الهرمونات ؟
_____	32C.	ما هي المدة التي أخذت فيها هذه الحبوب ؟
_____	33.	هل إشتكيت من أعراض جانبية من الحبوب الهرمونية؟
_____	33A.	إزدیاد في الوزن
_____	33B.	نزيف رحمي
_____	33C.	أورام أخرى
_____	33D.	ورم آخر في الثدي
_____	33E.	ورم في المبايض
_____	33F.	ورم في القولون

16.	هل سبق أن دخنت السجائر؟ وهل تدخنين حالياً؟	1. نعم ولا أزال	2. نعم لكن توقفت	3. كلا	
	17.	هل سبق أن دخنت النارجيلة او الشيشة؟ وهل تدخينها حالياً؟	1. نعم ولا أزال	2. نعم لكن توقفت	3. كلا
		18.	هل تمارسين الرياضة بشكل منتظم (على الأقل نصف ساعة ثلاث مرات أسبوعياً)؟	1. نعم	2. كلا
19.			هل أصيبت إحدى قريباتك (الوالدة، الأخت، الابنة) بمرض سرطان الثدي؟ من هي، ما هو العمر عند التشخيص؟	0.1 نعم	0.2 كلا
	الوالدة	<input type="checkbox"/> سنة	<input type="checkbox"/>		
	الأخت	<input type="checkbox"/> سنة	<input type="checkbox"/>		
	الأبنة	<input type="checkbox"/> سنة	<input type="checkbox"/>		
20.	هل تم تشخيص إحدى قريباتك بسرطان المبيض؟	1. كلا	2. الوالدة، الأخت، الابنة	3. أقارب آخرين	
	21.	هل تم تشخيصك بسرطان المبيض، ما كان عمرك عند التشخيص؟	A. نعم	B. كلا	
		22.	هل أصبت من قبل بسرطان الثدي؟ في حال نعم، أي ثدي (الأيمن أو الأيسر)؟ وما كان عمرك عند التشخيص؟ يرجى الرجوع الى ملحق II الخاص بالاصابة	0.1 نعم	0.2 كلا
الأيمن	<input type="checkbox"/> سنة		<input type="checkbox"/>		
الأيسر	<input type="checkbox"/> سنة	<input type="checkbox"/>			
23.	هل خضعت لأي من هذه الإجراءات أو العمليات في إحدى الثديين؟	إرتشاف بالإبرة الرفيعة (FNA)	<input type="checkbox"/>		
	خزعة (Biopsy)	<input type="checkbox"/>			
	إزالة ورم (Lumpectomy)	<input type="checkbox"/>			
	إزالة ثدي (Mastectomy)	<input type="checkbox"/>			
	علاج بالأشعة	<input type="checkbox"/>			
	تصغير الثديين	<input type="checkbox"/>			
	تكبير الثديين	<input type="checkbox"/>			
	0.1 نعم	<input type="checkbox"/>			
	0.2 كلا	<input type="checkbox"/>			
	24.	خلال الأشهر الثلاثة الماضية، هل لاحظت أي من هذه المشاكل، التغيرات في الثديين؟	وجع	<input type="checkbox"/>	
تغيرات جلدية	<input type="checkbox"/>				
تغيرات في الحلمة	<input type="checkbox"/>				
إفرازات من الحلمة	<input type="checkbox"/>				
ورم في الثدي	<input type="checkbox"/>				
25.	هل تقومين بالفحص الذاتي للثدي بشكل منتظم؟	1. نعم	2. لا		
	26.	متى كانت آخر مرة قام طبيبك بفحص ثديك؟	أبدأ	1. خلال الستة أشهر الماضية	
2. منذ ٧-١٢ شهراً					
3. منذ أكثر من سنة					
4. قام طبيبي بفحصي ولكن لا أنكر منذ متى					
27.	متى أخذت آخر صورة شعاعية للثديين؟	أبدأ	0.		
	1. خلال الستة أشهر الماضية				
	2. منذ ٧-١٢ شهراً				
	3. منذ ١-٢ سنة				
	4. منذ ٣-٤ سنين				
	5. منذ خمس سنوات				
6. عملت صورة ولكن لا أنكر منذ متى					

J	من أو ماذا الذي دفعك إلى المجيء لإجراء هذا الفحص؟	1. خوفي على نفسي/صحتي
	2. كوني معرضة للخطر (لأن إحدى قريباتي) قد أصيبت بهذا المرض	
	3. عائلتي (زوجي/أولادي) دفعتمني الى المجيء	
	4. طبيبتي دفعني الى المجيء	
	5. إتصال من الجمعية يدعوني للمجيء	
	6. سبب آخر حددني	
1.	ما هو تحصيلك العلمي؟	1. أُمِّيَّة
	2. إبتدائي	
	3. اعدادي	
	4. ثانوي / مهني	
	5. جامعي - دراسات عليا	
2.	ما هو التحصيل العلمي لزوجك (للمتزوج / المطلقة) أو والدك (للتى لم تتزوج أبداً)؟	1. أُمِّي
	2. اعدادي	
	3. تكلمي	
	4. ثانوي / مهني	
	5. جامعي - دراسات عليا	
3.	هل تعملين حالياً؟ وهل عملت سابقاً؟	1. لم أعمل أبداً
	2. أعمل الآن بدوام جزئي	
	3. أعمل الآن بدوام كامل	
	4. عملت سابقاً وأنا الآن متقاعدة	
4.	ما وضعك العائلي حالياً؟	1. عزباء، لم تتزوج أبداً (إنقل إلى السؤال رقم ٩)
	2. متزوجة	
	3. أرملة / مطلقة	
5.	كم كنت تبغين من العمر عند ولادة أول طفل لك؟	A. لم أحمل أبداً
	B. سنة .....	
6.	كم ولداً (بنات وأولاد) حياً أنجبت؟	A. لم أحمل أبداً
	B. ولداً .....	
7.	كم من ولاداتك إنتهت بإجهاض أو بجنين متوفٍ؟	A. لم أحمل أبداً
	B. ولداً .....	
8.	في حال الإرضاع، ما هي أطول مدة ارتضعت فيها طفلك؟ في حال عدم الإرضاع أكتبي (.. .) في خانة الأسباب والأشهر	أطول مدة هي .....
	أس .....	
9.	كم كان عمرك عندما بدأت الدورة الشهرية؟	A. سنة .....
	في حال إنقطاع الدورة الشهرية، كم كان عمرك عند إنقطاعها؟	A. لم تنقطع بعد (إنقل إلى السؤال رقم ١٤)
10.	11.	B. سنة .....
	0. لم تنقطع بعد	
11.	ما هو سبب إنقطاعها؟	1. أسباب طبيعية
	2. جراحة / إزالة الرحم	
	3. أسباب أخرى (دواء / علاج بالأشعة، كيميائي)	
12.	هل حصل أن أخذت حبوب منع الحمل بشكل منتظم؟	1. نعم
	2. لا	
13.	ما هو إجمالي عدد الأشهر / السنوات التي أخذت فيها حبوب منع الحمل؟	A. لم أخذ بحياتي حبوب منع حمل
	B. شهر .....	
	C. أخذت ولكن لا أنكر المدة	
14.	هل أخذت (HRT) هرمونات نسائية من قبل، أو هل تأخذينها حالياً؟	1. نعم
	2. لا	
15.	ما مجموع عدد الأشهر / السنوات التي أخذت فيها هذه الهرمونات؟	A. لم أخذ بحياتي حبوب منع حمل
	B. شهر .....	
	C. أخذت ولكن لا أنكر المدة	
	D. لا أعرف	