Prof. Dr.
Yusuf Yıldırım
Cerrahi Onkoloji & Jinekolojik Onkoloji

SAĞLIK BİLGİ FORMU

Ad: _____ Soyad: _____ Tarih: _____

Doğum tarihi: _____ Boy: _____ Kilo: _____

Cinsiyet: ☐ Kadın ☐ Erkek Tercih edilen dil: _____

Adres: _____

_____

Şehir: _____ Ülke: _____ Posta kodu: _____

Ev veya iş telefonu: (_____)_____ Cep telefonu: (_____)_____

Email adresi: _____ Bu adrese bilgi gönderebilir miyiz? ☐ Evet ☐ Hayır

Acil durumlarda iletişim kurulacak kişi _____ Yakınlığınız _____ Telefon (_____)_____

Primer sağlık güvencesi: _____ İkincil sağlık güvencesi (özel sigorta vb.): _____

Kalp pili (pacemaker) veya metal implant taşıyor musunuz? ☐ Hayır ☐ Evet : _____

Size kan verilmesine bir itirazınız veya bunun için bir sakınca var mı? ☐ Hayır ☐ Evet : _____

Genel sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız? ☐ İyi ☐ Orta/idare eder ☐ Kötü

Son 6 ay içinde düştünüz mü -veya- düşme riskinizin olduğunu düşünüyor musunuz? ☐ Hayır ☐Evet

Kişisel bakımınız nasıl? Aşağıdaki aktivitelerden herhangi birisi için yardıma ihtiyaç duyuyorsanız lütfen işaretleyiniz:

☐ Giyinme ☐ Yürüme ☐ Yemek yapma ☐ Banyo ☐ Ulaşım ☐ Diğer: _____

Ağrınız var mı? ☐ Hayır ☐ Evet Evet ise; Başlangıç tarihi _____

Şiddeti için 10 üzerinden kaç puan verirsiniz? _____

Ziyaret sebebiniz: _____

_____

Mevcut rahatsızlığınız için daha önce hastaneye yattınız mı? ☐ Hayır ☐ Evet (tarih: _____)

Mevcut rahatsızlığınız için ameliyat geçirdiniz mi? ☐ Hayır ☐ Evet (tarih: _____)

©2025 Prof. Dr. Yusuf Yıldırım, Cerrahi Onkoloji & Jinekolojik Onkoloji. Tüm hakları saklıdır.

Prof. Dr.
Yusuf Yıldırım
Cerrahi Onkoloji & Jinekolojik Onkoloji

Ad: _____ Soyad: _____ Tarih: _____

Sosyal/Kişisel Öykü	
Eğitim durumunuz (en son mezun olduğunuz okul)	☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Lisansüstü eğitim
Mesleğiniz nedir?	
Çalışıyor musunuz?	☐ Hayır ☐ Emekli ☐ Evet
Medeni durumunuz	☐ Evli ☐ Boşanmış ☐ Ayrı ☐ Bekar ☐ Dul ☐ Diğer
Cinsel olarak aktif misiniz?	☐ Hayır ☐ Evet Evet ise, Korunma yöntemi: ☐ Yok ☐ Var (yöntem: _____)
Çocuğunuz var mı?	☐ Hayır ☐ Evet Evet ise, çocuk sayısı: _____
Gelecekte çocuk sahibi olmak istiyor musunuz?	☐ Hayır ☐ Evet
Egzersiz yapıyor musunuz?	☐ Hayır ☐ Evet Evet ise, Egzersiz tipi: _____ Haftada ne kadar: _____ saat
Sigara içiyor musunuz?	☐ Hiç içmedim ☐ Bıraktım (Bırakma tarihi: _____ , İçilen yıl sayısı ___) ☐ Evet (günde ___ paket, _____ yıldır içiyorum)
Alkol kullanıyor musunuz?	☐ Hayır ☐ Evet Evet ise, Haftada _____ kez alıyorum Alkole bağlı bir problemim ☐ Yok ☐ Var
Keyif verici (uyuşturucu) ilaç alıyor musunuz?	☐ Hayır ☐ Evet Evet ise, İlaç tipi: _____

©2025 Prof. Dr. Yusuf Yıldırım, Cerrahi Onkoloji & Jinekolojik Onkoloji. Tüm hakları saklıdır.

Prof. Dr.
Yusuf Yıldırım
Cerrahi Onkoloji & Jinekolojik Onkoloji

Ad: _____ Soyad: _____ Tarih: _____

Aile Öyküsü	
BABA	☐Diyabet ☐Hipertansiyon ☐Kalp Hastalığı ☐Akciğer Hastalığı ☐Karaciğer Hastalığı ☐Böbrek Hastalığı ☐Tiroid Hastalığı ☐Obezite ☐Depresyon ☐Osteoporoz ☐Tromboemboli ☐Nörolojik Hastalık ☐Romatolojik Hastalık veya Vaskülit ☐Kanser; tipi: _____ tanı sırasındaki yaş: ____
ANNE	☐Diyabet ☐Hipertansiyon ☐Kalp Hastalığı ☐Akciğer Hastalığı ☐Karaciğer Hastalığı ☐Böbrek Hastalığı ☐Tiroid Hastalığı ☐Obezite ☐Depresyon ☐Osteoporoz ☐Tromboemboli ☐Nörolojik Hastalık ☐Romatolojik Hastalık veya Vaskülit ☐Kanser; tipi: _____ tanı sırasındaki yaş: ____
KARDEŞ(LER)	☐Diyabet ☐Hipertansiyon ☐Kalp Hastalığı ☐Akciğer Hastalığı ☐Karaciğer Hastalığı ☐Böbrek Hastalığı ☐Tiroid Hastalığı ☐Obezite ☐Depresyon ☐Osteoporoz ☐Tromboemboli ☐Nörolojik Hastalık ☐Romatolojik Hastalık veya Vaskülit ☐Kanser; tipi: _____ tanı sırasındaki yaş: ____
ÇOCUK(LAR)	☐Diyabet ☐Hipertansiyon ☐Kalp Hastalığı ☐Akciğer Hastalığı ☐Karaciğer Hastalığı ☐Böbrek Hastalığı ☐Tiroid Hastalığı ☐Obezite ☐Depresyon ☐Osteoporoz ☐Tromboemboli ☐Nörolojik Hastalık ☐Romatolojik Hastalık veya Vaskülit ☐Kanser; tipi: _____ tanı sırasındaki yaş: ____
İKİNCİ-DERECE AKRABALAR (amca/dayı, hala/teyze, yeğen, büyükanne/büyükbaba, torun)	☐Diyabet ☐Hipertansiyon ☐Kalp Hastalığı ☐Akciğer Hastalığı ☐Karaciğer Hastalığı ☐Böbrek Hastalığı ☐Tiroid Hastalığı ☐Obezite ☐Depresyon ☐Osteoporoz ☐Tromboemboli ☐Nörolojik Hastalık ☐Romatolojik Hastalık veya Vaskülit ☐Kanser; tipi: _____ tanı sırasındaki yaş: ____

©2025 Prof. Dr. Yusuf Yıldırım, Cerrahi Onkoloji & Jinekolojik Onkoloji. Tüm hakları saklıdır.

Prof. Dr.
Yusuf Yıldırım
Cerrahi Onkoloji & Jinekolojik Onkoloji

Ad: _____ Soyad: _____ Tarih: _____

Koruyucu Bakım	(Lütfen hatırlayamadığınız tarihleri geçiniz)	
Son Yapılan Aşılar	☐ Grip (İnfluenza)	Tarih:
	☐ Tetanoz	Tarih:
	☐ Pnömoni (Zatüre)	Tarih:
	☐ Hepatit B	Tarih:
	☐ HPV (Human Papilloma Virus)	Tarih:
	☐ Covid 19	Tarih:
Son Tarama Testleri	☐ Akciğer röntgeni	Tarih:
	☐ Gastroskopi (Mide endoskopisi)	Tarih:
	☐ Kolonoskopi veya BT kolonografi	Tarih:
	☐ Gaita testi (gaitada gizli kan)	Tarih:
	☐ Mammografi (sadece kadınlar)	Tarih:
	☐ Pap-smear ve/veya HPV test (sadece kadınlar)	Tarih:
	☐ Tümör marker testleri (kanda)	Tarih:

Allerjiler & İlaç Reaksiyonları	
Antibiyotik allerjisi	☐ Bilinmiyor ☐ Hayır ☐ Evet (antibiyotik adı/adları _____)
Gıda allerjisi	☐ Bilinmiyor ☐ Hayır ☐ Evet (gıda adı/adları _____)
Latex allerjisi	☐ Bilinmiyor ☐ Hayır ☐ Evet
Polen allerjisi	☐ Bilinmiyor ☐ Hayır ☐ Evet
Arı sokması allerjisi	☐ Bilinmiyor ☐ Hayır ☐ Evet
Lokal anestezikler	☐ Bilinmiyor ☐ Hayır ☐ Evet (lokal anestezik adı _____)
Aspirin	☐ Bilinmiyor ☐ Hayır ☐ Evet (reaksiyon tipi _____)
Sülfonamid türü ilaçlar	☐ Bilinmiyor ☐ Hayır ☐ Evet (reaksiyon tipi _____)
Kortizon	☐ Bilinmiyor ☐ Hayır ☐ Evet (reaksiyon tipi _____)
Kodein	☐ Bilinmiyor ☐ Hayır ☐ Evet (reaksiyon tipi _____)
Karboplatin	☐ Bilinmiyor ☐ Hayır ☐ Evet (reaksiyon tipi _____)
Başka bir şeye alerjiniz var mı, veya başka ilaçlarla herhangi bir reaksiyon yaşadınız mı?	☐ Hayır ☐ Evet (lütfen allerjileri/reaksiyonları listeleyin: _____ _____ _____)

©2025 Prof. Dr. Yusuf Yıldırım, Cerrahi Onkoloji & Jinekolojik Onkoloji. Tüm hakları saklıdır.

Prof. Dr.
Yusuf Yıldırım
Cerrahi Onkoloji & Jinekolojik Onkoloji

Ad: _____ Soyad: _____ Tarih: _____

Tıbbi Öykü (Aşağıdaklerden herhangi birine sahip misiniz veya bunlardan birini geçirdiniz mi?)	
Anemi (Kansızlık)	□Hayır □Evet
Diyabet	□Hayır □Evet
Hipertansiyon	□Hayır □Evet
Kalp krizi	□Hayır □Evet
Aritmi (ritm bozukluğu)	□Hayır □Evet
Kalp üfürümü	□Hayır □Evet
Kalp kapak hastalığı	□Hayır □Evet
Kalp yetmezliği	□Hayır □Evet
Göğüs ağrısı	□Hayır □Evet
Koroner arter hastalığı	□Hayır □Evet
Kronik bronşit /KOAH	□Hayır □Evet
Astım	□Hayır □Evet
Tüberküloz	□Hayır □Evet
HIV/AIDS	□Hayır □Evet
Venöz tromboz veya flebit	□Hayır □Evet
Kolay kanama/morarma	□Hayır □Evet
Hepatit B veya C	□Hayır □Evet
Siroz	□Hayır □Evet
Böbrek yetmezliği	□Hayır □Evet
Glokom (göz tansiyonu)	□Hayır □Evet
Göz kuruluğu	□Hayır □Evet
Görme kaybı	□Hayır □Evet
Kanser	□Hayır □Evet
Radyoterapi	□Hayır □Evet
Kemoterapi	□Hayır □Evet
Akıllı ilaç / İmmunoterapi	□Hayır □Evet
Gut	□Hayır □Evet
Ateşli romatizma	□Hayır □Evet
Romatoid artrit	□Hayır □Evet
Lupus (SLE)	□Hayır □Evet
Gastrit veya ülser	□Hayır □Evet
Reflü	□Hayır □Evet
Hashimato hastalığı	□Hayır □Evet

Hipotiroidi	□Hayır □Evet
Hipertiroidi	□Hayır □Evet
Depresyon	□Hayır □Evet
Bipolar bozukluk	□Hayır □Evet
Anksiyete veya panik atak	□Hayır □Evet
Mental rahatsızlık	□Hayır □Evet
Beyin damar hastalığı	□Hayır □Evet
Varis	□Hayır □Evet
Venöz yetmezlik	□Hayır □Evet
Epilepsi	□Hayır □Evet
Yara iyileşmesinde güçlük	□Hayır □Evet
Aşırı yara izi oluşumu	□Hayır □Evet
Kolesterol yüksekliği	□Hayır □Evet
İşitme bozukluğu/kaybı	□Hayır □Evet
Multipl skleroz (MS)	□Hayır □Evet
Parkinson hastalığı	□Hayır □Evet
Demans	□Hayır □Evet
Migren	□Hayır □Evet
Vertigo	□Hayır □Evet
Osteoporoz	□Hayır □Evet
Elektrolit dengesizliği	□Hayır □Evet
Safra kesesi taşı/iltihabı	□Hayır □Evet
Pankreatit	□Hayır □Evet
Ülseratif kolit	□Hayır □Evet
Crohn hastalığı	□Hayır □Evet
Irritabl barsak sendromu	□Hayır □Evet
Stoma	□Hayır □Evet
İdrar kaçırma	□Hayır □Evet
Hipoglisemi	□Hayır □Evet
Cinsel yolla geçen hastalık	□Hayır □Evet
Cilt anormallikleri	□Hayır □Evet
Uyku problemleri/apnesi	□Hayır □Evet
Lenfödem	□Hayır □Evet
Gluten intoleransı (Çöliak)	□Hayır □Evet
Genetik mutasyon(lar)	□Hayır □Evet
Başka önemli hastalık(lar)	□Hayır □Evet

©2025 Prof. Dr. Yusuf Yıldırım, Cerrahi Onkoloji & Jinekolojik Onkoloji. Tüm hakları saklıdır.

Prof. Dr.
Yusuf Yıldırım
Cerrahi Onkoloji & Jinekolojik Onkoloji

Ad: _____ Soyad: _____ Tarih: _____

Mevcut İlaçlar

(Lütfen reçetesiz ilaçlar, vitaminler ve bitkiseller de dahil olmak üzere kullandığınız ilaçları listeleyin)

	İlaç adı	Dozu	Günde kaç kez	Başlama tarihi
1				___/___/_____
2				___/___/_____
3				___/___/_____
4				___/___/_____
5				___/___/_____
6				___/___/_____
7				___/___/_____

Cerrahi Öykü

(Lütfen biyopsi prosedürleri de dahil olmak üzere önceki ameliyatlarınızı listeleyin)

	Ameliyatın adı	Tarih	Anestezi tipi	Aşırı kanama	Kan Transfüz-yonu	Yoğun bakım ihtiyacı	Diğer ameliyat-dönemi problemleri
1		___/___/_____	☐ Genel ☐ Epidural ☐ Lokal	☐ Hayır ☐ Evet	☐ Hayır ☐ Evet	☐ Hayır ☐ Evet	
2		___/___/_____	☐ Genel ☐ Epidural ☐ Lokal	☐ Hayır ☐ Evet	☐ Hayır ☐ Evet	☐ Hayır ☐ Evet	
3		___/___/_____	☐ Genel ☐ Epidural ☐ Lokal	☐ Hayır ☐ Evet	☐ Hayır ☐ Evet	☐ Hayır ☐ Evet	
4		___/___/_____	☐ Genel ☐ Epidural ☐ Lokal	☐ Hayır ☐ Evet	☐ Hayır ☐ Evet	☐ Hayır ☐ Evet	

©2025 Prof. Dr. Yusuf Yıldırım, Cerrahi Onkoloji & Jinekolojik Onkoloji. Tüm hakları saklıdır.

Prof. Dr.
Yusuf Yıldırım
Cerrahi Onkoloji & Jinekolojik Onkoloji

Ad: _____ Soyad: _____ Tarih: _____

Semptomlar (Lütfen sahip olduğunuz semptomları/belirtileri işaretleyin)	
Genel & Kardiyopulmoner	☐Ateş ☐Yorgunluk ☐Güçsüzlük ☐İstemsiz kilo kaybı ☐Kilo alma ☐Öksürük ☐Hırıltı ☐Nefes darlığı ☐Göğüs ağrısı ☐Düzensiz kalp ritmi ☐Bacaklarda şişlik ☐Kemik ağrısı ☐Görme problemi ☐İşitme problemi ☐Lenf bezlerinin şişmesi ☐Aşırı terleme ☐Sıcağa tahammülsüzlük ☐Soğuğa tahammülsüzlük ☐Solukluk ve kansızlık ☐Bayılma ☐Baş ağrısı ☐Depresyon ☐Uyku problemleri ☐Zor veya ağrılı idrar yapma ☐İdrar kaçırma ☐Aşırı idrar ☐İdrarda kan ☐Cilt problemleri ☐Kaşıntı ☐Sarılık
Gastrointestinal & Abdominal	☐İştahsızlık ☐Bulantı veya kusma ☐Hazımsızlık ☐Reflü ☐Yutma güçlüğü ☐Çabuk doyma hissi ☐Karında şişkinlik veya gaz ☐Karın ağrısı, kramları veya rahatsızlığı ☐Bağırsak alışkanlığında değişiklik ☐İshal ☐Kabızlık ☐Karında şişlik ☐Gaitada kan ☐Sürekli rektal doluk ve basınç hissi ☐İncelmiş gaita ☐Defekasyon sırasında ağrı ☐Anal kaşıntı ☐Anal kitle, şişlik veya ülser ☐Gaita tutamama ☐Kasık bölgesinde şişlik veya kitle
Jinekolojik & Meme (sadece kadınlar)	☐Aşırı/düzensiz kanama ☐Menopozdan sonra vajinal kanama ☐Sıcak basmaları ☐Sıra dışı vajinal akıntı ☐Cinsel ilişki sırasında ağrı ☐Pelvik ağrı veya basınç ☐Vulvar kaşıntı ve yanma hissi ☐Vulvar kitle, şişlik veya ülser ☐Kasık bölgesinde şişlik veya kitle ☐İnfertilite (kısırlık) ☐Ağrılı adet görme ☐Genital siğil(ler) ☐Memede şişlik veya kitle ☐Memede ağrı ☐Meme başı akıntısı ☐Meme derisinde çukurlaşma veya portakal kabuğu görünümü ☐Meme başının geri çekilmesi ☐Koltuk altı lenf bezlerinin şişmesi

©2025 Prof. Dr. Yusuf Yıldırım, Cerrahi Onkoloji & Jinekolojik Onkoloji. Tüm hakları saklıdır.

Prof. Dr.
Yusuf Yıldırım
Cerrahi Onkoloji & Jinekolojik Onkoloji

Ad: _____ Soyad: _____ Tarih: _____

Tanısal Testler (Lütfen mevcut rahatsızlığınız için size uygulanan tanı test veya testlerini işaretleyiniz)	
Görüntüleme Testleri	☐Ultrason ☐Röntgen ☐Bilgisayarlı Tomografi (BT) ☐PET/CT ☐MRI ☐Mammografi ☐Anjiografi ☐Kemik sintigrafisi ☐Kemik dansitometri ☐Tiroid sintigrafisi ☐Floroskopi ☐İntravenöz Pyelografi (IVP) ☐Radyonüklid görüntüleme ☐ERCP ☐Diğer: _____
Kan Testleri (Tümör Markerlar)	☐CEA ☐Ca125 ☐Ca19.9 ☐Ca15.3 ☐HE4 ☐İnhibin ☐OVA1 panel ☐Human koryonik gonadotropin (hCG) ☐Estradiol (E2) ☐Alfa-fetoprotein (AFP) ☐5-HIAA ☐Somatostatin reseptör ☐Nöron-spesifik enolaz (NSE) ☐PSA ☐Laktat dehidrogenaz (LDH) ☐Diğer: _____
Biyopsi	Alındığı bölge: ☐Kolon veya Rektum ☐Anüs ☐Mide ☐Karaciğer ☐Kemik ☐Serviks (Rahim ağzı) ☐Endometrium (Rahim içi) ☐Yumuşak doku ☐Vulva ☐Cilt ☐Meme ☐Lenf bezi/bezleri ☐Periton veya omentum ☐Diğer: _____
Diyagnostik/Staging Laparoskopi	Uygulandığı tümör: ☐Over (yumurtalık) kanseri ☐Kolorektal kanser ☐Apendiks kanseri ☐Mide kanseri ☐Gastrointestinal stromal tümör (GIST) ☐Sarkom ☐Nöroendokrin tümör ☐Primer periton kanseri ☐Kökeni belli olmayan kanser ☐Diğer: _____
Endoskopi	☐Kolonoskopi veya sigmoidoskopi ☐Gastroduodenoskopi ☐Sistoskopi ☐Histeroskopi ☐Bronkoskopi ☐Diğer: _____
Diğer	

©2025 Prof. Dr. Yusuf Yıldırım, Cerrahi Onkoloji & Jinekolojik Onkoloji. Tüm hakları saklıdır.

Prof. Dr.
Yusuf Yıldırım
Cerrahi Onkoloji & Jinekolojik Onkoloji

Ad: _____ Soyad: _____ Tarih: _____

Durumunuzla ilgili bilmemiz gereken başka herhangi bir bilgi var mı?
☐ Hayır ☐ Evet Cevabınız “evet” ise lütfen ayrıntılarını aşağıda belirtin:

YUKARIDAKİ BİLGİLERİN GERÇEK VE DOĞRU OLDUĞUNU teyit ederim.

Hastanın İmzası: _____

Tarih: _____

©2025 Prof. Dr. Yusuf Yıldırım, Cerrahi Onkoloji & Jinekolojik Onkoloji. Tüm hakları saklıdır.