

# الوقاية من سرطان القولون | نموذج تقييم المخاطر والفحص

تعليمات المريض: 1. أكمل هذا النموذج. 2. تحدث إلى مقدم رعايتك الصحية بشأن مخاطر تعرضك للإصابة وخيارات الفحص المتاحة لك.

معلومات المريض	
كم تبلغ من العمر؟ _____	هل سبق لك الخضوع لفحص الكشف عن سرطان القولون؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
إذا كانت الإجابة نعم،	
فما نوع الفحص الذي خضعت له؟ <input type="checkbox"/> تنظير القولون <input type="checkbox"/> اختبار قائم على أخذ عينة من البراز <input type="checkbox"/> غير ذلك _____	
فمتى كان آخر فحص لك؟ <input type="checkbox"/> منذ أقل من عام واحد <input type="checkbox"/> منذ عام إلى تسعة أعوام <input type="checkbox"/> منذ 10 أعوام أو أكثر	

## الأسئلة المتعلقة بالمخاطر

### تاريخ الفحص:

1. هل سبق أن حصلت على تشخيص يفيد بإصابتك بسرطان القولون أو سرطان المستقيم؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
2. هل سبق أن عُثر على سلية في القولون أو المستقيم؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>

### الأعراض:

هل سبق أن أصبت بأي من الأعراض التالية؟

3. نزيف من المستقيم أو وجود دم في البراز <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
4. تغير في حركة الأمعاء، مثل الإصابة بالإمساك المستمر أو الإسهال المتكرر أو تغير نوع البراز <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
5. فقدان الوزن دون سبب واضح <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
6. ألم في البطن أو المستقيم لا يزول <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>

### التاريخ الشخصي والعائلي:

هل سبق أن حصلت على تشخيص يفيد بإصابتك بأي مما يلي:

7. التهاب القولون التقرحي <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
8. مرض كرون <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
9. التليف الكيسي <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل سبق أن حصلت على تشخيص يفيد بإصابتك أو إصابة أحد والديك البيولوجيين أو أشقائك أو أطفالك بأي مما يلي:
10. داء السلائل الورمي الغدي العائلي (Familial Adenomatous Polyposis, FAP) <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
11. سرطان القولون والمستقيم الوراثي دون سلائل (Hereditary Nonpolyposis Colon Cancer, HNPCC) أو متلازمة لينش <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
12. سرطان القولون أو سرطان المستقيم أو السلائل في القولون أو المستقيم؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>

إذا كانت الإجابة نعم،

فأبي قريب (أقرباء) هو؟  الوالد البيولوجي  الشقيق البيولوجي  الطفل البيولوجي  لا أعلم

العمر (الأعمار) عند التشخيص؟ \_\_\_\_\_

للمزيد من المعلومات حول سرطان القولون:

توجه لزيارة [nyc.gov/health](http://nyc.gov/health) وابحث عن "colon cancer" (سرطان القولون)، أو اتصل على الرقم 311.

اطلب من مقدم رعايتك الصحية الحصول على كتيب الوقاية من سرطان القولون.



تعليمات مقدم الرعاية: راجع النموذج لمساعدتك في تقييم خطر إصابة المريض على المستوى الفردي وخيارات الفحص المتاحة. تشير الإجابة بـ "نعم" عن أي من الأسئلة الواردة أعلاه إلى أن المريض قد يكون أكثر عرضة لخطر الإصابة بسرطان القولون؛ لذا، استشر أخصائيًا للحصول على توصيات الفحص. المرضى الذين يجيبون بـ "لا" عن جميع أسئلة المخاطر قد يكونون معرضين لخطر إصابة متوسط وقد يكونون مؤهلين للخضوع لأي من خيارات الفحص الموصى بها.

# قلل من مخاطر إصابتك واخضع لفحص الكشف عن سرطان القولون

## ما هو سرطان القولون؟

يحدث سرطان القولون (أو القولون والمستقيم) في الأمعاء الغليظة (القولون) أو المستقيم. وهو سبب رئيسي للوفاة المرتبطة بالسرطان لسكان مدينة نيويورك.

## ما هو خطر الإصابة بسرطان القولون؟ متى ينبغي أن تبدأ الخضوع للفحص؟

يمثل تحديد خطر الإصابة خطوة مهمة في فحص سرطان القولون. ونحن نشجع معظم الأشخاص البالغين الذين ليس لديهم عوامل خطورة على بدء فحص سرطان القولون عند بلوغ سن 45 عامًا. قد يحتاج بعض الأشخاص إلى الخضوع لفحوصات مبكرة أو أكثر تكرارًا بسبب عوامل خطورة معينة مثل وجود تاريخ للإصابة بسرطان القولون أو وجود سلائل محتملة التسرطن عند أفراد من العائلة. أخبر مقدم رعايتك الصحية إذا كان والداك أو أشقاؤك أو أطفالك البيولوجيون مصابين أو أصيبوا بسرطان القولون أو سلائل القولون أو سرطان المستقيم أو أي سرطانات أخرى. يمكنك أيضًا المساعدة في حماية عائلتك بمشاركة تاريخ إصابتك بالسرطان أو السلائل مع عائلتك. وهذا سيساعدهم في معرفة عوامل الخطورة لديهم ووقت احتياجهم إلى إجراء الفحص.

حتى إذا كان عمرك أصغر من 45 عامًا، فمن المهم التعرف على أعراض سرطان القولون وخطر إصابتك على المستوى الفردي بناءً على تاريخك العائلي. لا تتجاهل الأعراض المحتملة في أي عمر. وأخبر مقدم رعايتك الصحية إذا عانيت من دم في البراز أو ألم مستمر في البطن أو المستقيم أو فقدان في الوزن دون سبب واضح. قد لا يسبب سرطان القولون ظهور أعراض فورية. إذا كنت مؤهلًا لإجراء فحوصات، ينبغي لك إجراؤها حتى إذا كنت تشعر أن صحتك جيدة.

## خيارات الفحوصات للكشف عن سرطان القولون أو الوقاية من الإصابة به

قد يقي إجراء الفحوصات بصورة روتينية من الإصابة بسرطان القولون أو يساعد على اكتشافه في مرحلة مبكرة وحينها غالبًا ما يكون للعلاج أفضل تأثير. تحدث إلى مقدم رعايتك الصحية عن خيارات الفحوصات المتاحة لك.

تتضمن خيارات اختبارات فحص الإصابة بسرطان القولون التي توصي بها إدارة الصحة في مدينة NYC:

◀ اختبار بالنظر يبحث عن علامات السرطان في القولون أو المستقيم.

• **تنظير القولون:** أنبوب صغير به ضوء وكاميرا يتم إدخاله في المستقيم للبحث عن سلائل والسرطان

◀ اختبارات على البراز\* تبحث عن علامات الإصابة بالسرطان في البراز.

• **اختبار البراز الكيميائي المناعي (Fecal immunochemical Test, FIT):** يقدم المريض عينة واحدة صغيرة من البراز يتم اختبارها لكشف علامات وجود دم

• **اختبار الكشف عن الدم الخفي في البراز عالي الحساسية تجاه الغواياك (High-Sensitivity guaiac-based Fecal Occult Blood Test, HSgFOBT):** يقدم المريض عدة عينات من البراز يتم اختبارها لكشف علامات وجود دم

• **اختبار الحمض النووي (Deoxyribonucleic acid, DNA) للبراز متعدد الأهداف (FIT-DNA):** يقدم المريض عينة واحدة من البراز يتم اختبارها للكشف عن وجود دم وحمض DNA غير طبيعي

\*تتطلب هذه الاختبارات متابعة مناسبة زمنيًا لتنظير القولون في حالة الأشخاص الذين كانت نتائجهم غير طبيعية.

## الدفع

تغطي أغلب خطط التأمين، بما في ذلك Medicaid و Medicare، فحوصات سرطان القولون. ولكن قد تختلف طبيعة التغطية. تحقق من التغطية مع مقدم رعايتك الصحية ومقدم خدمات التأمين لك قبل خضوعك لاختبارات الفحص.

إذا لم يكن لديك تأمين، فقد تكون مؤهلًا للحصول على تغطية لإجراء الفحوصات بتكلفة منخفضة أو مجانية. اتصل على الرقم 311 للحصول على مساعدة مجانية في الالتحاق.

إذا لم تتمكن من الحصول على تأمين، فقد تكون مؤهلًا لإجراء فحوصات بتكلفة منخفضة أو مجانًا. توجه لزيارة [nyc.gov/health](http://nyc.gov/health) وابحث عن "colon cancer" (سرطان القولون) لمعرفة المزيد.