

কোলন ক্যান্সার প্রতিরোধ | ঝুঁকি মূল্যায়ন এবং স্ক্রিনিংয়ের ফর্ম

রোগীর জন্য নির্দেশাবলী: 1. এই ফর্মটি সম্পূর্ণ করুন। 2. আপনার স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর সাথে আপনার ঝুঁকি এবং স্ক্রিনিংয়ের বিকল্পগুলি নিয়ে কথা বলুন।

রোগীর তথ্য

| | |
|---|---|
| আপনার বয়স কত? _____ | <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> আমি জানি না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ |
| আপনি কি আগে কখনও কোলন ক্যান্সারের স্ক্রিনিং করিয়েছিলেন? | <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> আমি জানি না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ |
| হ্যাঁ হলে, কিভাবে আপনার স্ক্রিনিং করা হয়েছিল? <input type="checkbox"/> কোলনোস্কোপি <input type="checkbox"/> মল-ভিত্তিক (মল) পরীক্ষা <input type="checkbox"/> অন্যান্য _____ | |
| আপনার শেষ স্ক্রিনিং কবে করা হয়েছিল? <input type="checkbox"/> এক বছরও হয়নি <input type="checkbox"/> এক থেকে নয় বছর আগে <input type="checkbox"/> 10 বা তার বেশি বছর আগে | |

ঝুঁকি সংক্রান্ত প্রশ্ন

স্ক্রিনিংয়ের ইতিহাস:

| | |
|--|---|
| 1. আপনার কি কখনও মলাশয়ের ক্যান্সার (কোলন ক্যান্সার) বা মলদ্বারের ক্যান্সার (রেক্টাল ক্যান্সার) এর রোগনির্ণয় হয়েছিল? | <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> আমি জানি না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ |
| 2. কখনও কি মলাশয়ে বা মলদ্বারে পলিপ পাওয়া গিয়েছিল? | <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> আমি জানি না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ |

উপসর্গ:

নিম্নলিখিত উপসর্গগুলির কোনো একটি কি আপনার কখনও হয়েছিল?

| | |
|--|---|
| 3. আপনার মলদ্বার থেকে রক্তপাত অথবা আপনার মলে রক্ত থাকে | <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> আমি জানি না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ |
| 4. মলত্যাগের ক্ষেত্রে পরিবর্তন, যেমন একটানা কোষ্ঠকাঠিন্য, ঘন ডায়রিয়া বা মলের ধরনে পরিবর্তন | <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> আমি জানি না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ |
| 5. অপ্রত্যাশিত ওজন কমে গেছে | <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> আমি জানি না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ |
| 6. পেটে বা মলনালীতে এমন ব্যথা যা যাচ্ছে না | <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> আমি জানি না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ |

ব্যক্তিগত বা পরিবারের ইতিহাস:

আপনার কি কখনও নিম্নলিখিত রোগগুলি ধরা পরেছিল:

| | |
|-----------------------|---|
| 7. আলসারেটিভ কোলাইটিস | <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> আমি জানি না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ |
| 8. ক্রোহেনের রোগ | <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> আমি জানি না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ |
| 9. সিস্টিক ফাইব্রোসিস | <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> আমি জানি না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ |

আপনার অথবা আপনার জন্মদাতা পিতা-মাতার, রক্তের সম্পর্কের ভাই-বোন অথবা সন্তানের কি কখনও এই রোগনির্ণয় হয়েছে:

| | |
|--|---|
| 10. পরিবারের মধ্যে অ্যাডিনোমেটাস পলিপোসিস (Familial adenomatous polyposis, FAP) | <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> আমি জানি না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ |
| 11. বংশগত ননপলিপোসিস কোলন ক্যান্সার (Hereditary nonpolyposis colon cancer, HNPCC) বা লিঞ্চ সিন্ড্রোম | <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> আমি জানি না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ |
| 12. কোলন বা মলদ্বারে কোলন ক্যান্সার, রেকটাল ক্যান্সার বা পলিপ? | <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> আমি জানি না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ |

হ্যাঁ হলে,

কোন আত্মীয়ের? জন্মদাতা পিতা-মাতা একই মায়ের পেটের ভাই-বোন নিজে জন্ম দেওয়া সন্তান আমি জানি না
রোগ ধরা পরার সময় বয়স কত ছিল? _____

কোলন ক্যান্সারের উপর আরো তথ্যের জন্য:

nyc.gov/health-এ যান এবং **colon cancer (কোলন ক্যান্সার)** অনুসন্ধান করুন অথবা **311**-এ ফোন করুন।

আপনার স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর কাছে কোলন ক্যান্সার প্রতিরোধের তথ্য থাকা পুস্তিকার অনুরোধ করুন।



পরিষেবা প্রদানকারীর জন্য নির্দেশাবলী: রোগীর ব্যক্তিগত ঝুঁকি এবং স্ক্রিনিংয়ের বিকল্পগুলি মূল্যায়ন করার ক্ষেত্রে আপনার সহায়তার জন্য ফর্মটি পর্যালোচনা করুন। উপরের যেকোনো প্রশ্নের উত্তর "হ্যাঁ" দিলে রোগী হয়তো অধিক ঝুঁকিতে থাকতে পারে; স্ক্রিনিংয়ের সুপারিশের জন্য একজন বিশেষজ্ঞের সাথে পরামর্শ করুন। যে সমস্ত রোগীরা সমস্ত ঝুঁকি সংক্রান্ত প্রশ্নের উত্তর "না" দেয় তাদের হয়তো গড় ঝুঁকি থাকতে পারে এবং প্রস্তাবিত স্ক্রিনিংয়ের বিকল্পগুলির মধ্যে থেকে যেকোনো একটির জন্য যোগ্য হতে পারেন।

আপনার ঝুঁকি কম করুন এবং কোলন ক্যান্সারের স্ক্রিনিং করান

কোলন বা মলাশয়ের ক্যান্সার কী?

কোলন (বা কোলোরেক্টাল) ক্যান্সার বৃহদন্ত্রে (কোলন) অথবা মলদ্বারে হয়। এটি নিউ ইয়র্ক বাসীদের জন্য ক্যান্সারে মৃত্যুর একটি প্রধান কারণ।

কোলন ক্যান্সারের জন্য আপনার কী ঝুঁকি রয়েছে? আপনার কখন স্ক্রিনিং শুরু করা উচিত?

কোলন ক্যান্সারের স্ক্রিনিংয়ে আপনার ঝুঁকি নির্ধারণ করা একটি গুরুত্বপূর্ণ পদক্ষেপ। আমরা ঝুঁকির কারণ না থাকা বেশিরভাগ প্রাপ্তবয়স্কদের 45 বছর বয়স থেকেই কোলন ক্যান্সারের স্ক্রিনিং শুরু করার পৃষ্ঠপোষকতা করি। কিছু কিছু লোককে কিছু ঝুঁকিপূর্ণ কারণের জন্য এর আগেই বা আরও ঘন স্ক্রিনিং করাতে হতে পারে, যেমন পরিবারে আগে কারও কোলন ক্যান্সার বা ক্যান্সার পূর্ব পলিপ হয়ে থাকলে। আপনার জন্মদাতা পিতা-মাতা, নিজের ভাইবোন বা সন্তানের যদি কোলন ক্যান্সার বা পলিপ, রেকটাল ক্যান্সার, বা অন্য কোনো ক্যান্সার ছিল বা আছে তাহলে তা আপনার স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীকে জানান। আপনি আপনার ক্যান্সার বা পলিপের ইতিহাস আপনার পরিবারের সঙ্গে ভাগ করে নিজের পরিবারকে সুরক্ষিত করতেও সাহায্য করতে পারেন। এটি তাদের ঝুঁকির কারণ জানতে এবং কখন স্ক্রিনিং করাতে হবে তা বুঝতে সাহায্য করবে।

এমনকি আপনার বয়স 45 বছরের কম হলেও, কোলন ক্যান্সারের উপসর্গ এবং আপনার পরিবারের ইতিহাসের উপর নির্ভর করে স্বতন্ত্র ঝুঁকি চিহ্নিত করা জরুরি। যেকোনো বয়সে সম্ভাব্য উপসর্গ দেখা দিলে তা উপেক্ষা করবেন না। আপনার মল ত্যাগের সময় রক্ত দেখলে, ক্রমাগত পেটে এবং মলনালীতে ব্যাথা হলে অথবা অপ্রত্যাশিত ওজন কমে গেলে আপনার স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীকে জানান। কোলন ক্যান্সারের উপসর্গ তৎক্ষণাৎ নাও দেখা দিতে পারে। আপনি স্ক্রিনিংয়ের যোগ্য হলে, আপনি সুস্থ অনুভব করলেও আপনার স্ক্রিনিং করিয়ে নেওয়া উচিত।

কোলন ক্যান্সার সনাক্ত করতে বা প্রতিরোধ করতে স্ক্রিনিংয়ের বিকল্পগুলি দেওয়া হয়

নিয়মিত স্ক্রিনিং করানো হলে কোলন ক্যান্সার প্রতিরোধ করা যেতে পারে অথবা আগাম খুঁজে পাওয়া যেতে পারে, যখন ঠিক মতো চিকিৎসা ভালোভাবে কাজ করে। আপনার স্ক্রিনিংয়ের বিকল্প সম্পর্কে আপনার স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর সঙ্গে কথা বলুন।

NYC স্বাস্থ্য বিভাগ দ্বারা প্রস্তাবিত কোলন ক্যান্সার স্ক্রিনিং পরীক্ষার বিকল্পগুলির মধ্যে অন্তর্ভুক্ত রয়েছে:

- ▶ একটি ডিজিটাল টেস্ট যেটাতে কোলন বা মলদ্বারে ক্যান্সারের লক্ষণগুলি খুঁজে দেখা হয়।
 - **কোলনোস্কোপি:** পলিপ এবং ক্যান্সার দেখার জন্য লাইট এবং ক্যামেরা থাকা একটি ছোট টিউব মলদ্বার দিয়ে ঢোকানো হয়
- ▶ মল-ভিত্তিক পরীক্ষা* যেটাতে মলের (মল) মধ্যে ক্যান্সারের লক্ষণগুলো খুঁজে দেখা হয়।
 - **ফেকাল ইমিউনোকেমিক্যাল পরীক্ষা (Fecal immunochemical test, FIT):** রোগী সামান্য একটু মলের নমুনা প্রদান করেন যা রক্তের লক্ষণগুলি দেখার জন্য পরীক্ষা করা হয়
 - **উচ্চ সংবেদনশীলতা গুয়াইয়াক-ভিত্তিক মলে থাকা গোপন রক্তের পরীক্ষা (HSgFOBT):** রোগী মলের বিভিন্ন নমুনা প্রদান করেন যেগুলিতে রক্ত আছে কিনা তা দেখার জন্য পরীক্ষা করা হয়
 - **মাল্টি-টার্গেট মলের DNA পরীক্ষা (FIT-DNA):** রোগী এমন একটি মলের নমুনা প্রদান করেন যার মধ্যে রক্ত থাকার এবং অস্বাভাবিক DNA-এর পরীক্ষা করা হয়

*এই পরীক্ষাগুলিতে যাদের ফলাফল অস্বাভাবিক পাওয়া যায় তাদের সময়মত ফলো-আপ কোলনোস্কোপি করার প্রয়োজন হয়।

পেমেন্ট

Medicaid এবং Medicare সহ বেশিরভাগ বিমা প্ল্যানেই কোলন ক্যান্সারের স্ক্রিনিংগুলিকে কভার করা হয়। যাইহোক, কভারেজ ভিন্ন ভিন্ন হতে পারে। আপনার স্ক্রিনিং পরীক্ষার আগে কভারেজ সম্পর্কে জানতে আপনার স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী এবং বীমাকারীর সাথে যোগাযোগ করুন।

যদি আপনার বিমা না থাকে, তাহলে আপনি কম খরচে বা বিনা খরচের কভারেজের জন্য যোগ্য হতে পারেন। বিনামূল্যে নাম নথিভুক্তিকরণের সহায়তার জন্য **311**-এ ফোন করুন।

আপনি কোনও বিমা লাভ করতে না পারলে, আপনি সাশ্রয়ী অথবা বিনামূল্যের স্ক্রিনিংয়ের যোগ্য হতে পারেন।

nyc.gov/health-এ যান এবং অধিক জানতে **colon cancer (কোলন ক্যান্সার)** অনুসন্ধান করুন।