

## Questionario sulla salute

Numero del Suo dossier  
«IdDossier»

### Dati personali

|               |                      |
|---------------|----------------------|
| Cognome       | Cognome da nubile    |
| Nome          | Data di nascita      |
| Indirizzo     | Professione/attività |
| CAP/Luogo     | Lingua madre         |
| Tel. privato  | Telefono cellulare   |
| Tel. lavoro   | E-mail               |
| Assicurazione | N° assicurazione     |
| Nazionalità   | N° AVS               |
| Commenti:     |                      |

Il risultato della visita sarà comunicato per iscritto a Lei ed alla Sua ginecologa/al Suo ginecologo entro 8 giorni lavorativi.

### La preghiamo di indicarci il Suo ginecologo/ la Sua ginecologa

Si prega inviare i risultati anche a:  
 medico di base  altro medico

|           |           |
|-----------|-----------|
| Cognome   | Cognome   |
| Nome      | Nome      |
| Indirizzo | Indirizzo |
| CAP/Luogo | CAP/Luogo |

**Perché Le facciamo domande sulla Sua salute?** I dati richiesti in questo modulo sono importanti per i 2 radiologi che valuteranno la mammografia indipendentemente l'uno dall'altro.

### Ho già compilato questo modulo in passato. Devo compilarlo di nuovo?

Sì, perché potrebbero esserci stati dei cambiamenti nei dati dalla Sua ultima mammografia.

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| 1. Ha già eseguito una mammografia? | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no                |
| Se sì, quando?                      | Data: _____  |
| Se sì, perché?                      | Nome dell'istituto: _____  |
|                                     | <input type="checkbox"/> Riconoscimento precoce                        |
|                                     | <input type="checkbox"/> Problemi al seno                              |
|                                     | <input type="checkbox"/> altri motivi                                  |
|                                     | <input type="checkbox"/> non so  |
| 2. Usa dei medicinali ormonali?     | <input type="checkbox"/> no  |
|                                     | <input type="checkbox"/> sì, da _____ anni                             |
| Ha fatto uso di ormoni in passato?  | <input type="checkbox"/> no, mai                                       |
|                                     | <input type="checkbox"/> sì, l'ultima volta: _____ Periodo: _____ mesi |

|  |                             |                          |                          |                          |                             |
|--|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 3. Sua madre, sorella o figlia si è ammalata di cancro al seno?<br><b>Se si a quale età hanno avuto la diagnosi?</b> | <input type="checkbox"/> no |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> si |
|  | <b>Madre</b>                | <b>Sorella</b>           | <b>Figlia</b>            |                          |                             |
|  | 50 anni o più               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                             |
|  | Meno di 50 anni             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                             |
| Non so   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                             |

  

|   |                             |                          |                          |  |                             |
|---|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--|-----------------------------|
| 4. Attualmente soffre di problemi al seno?<br><b>Se sì:</b> | <input type="checkbox"/> no |                          |                          |  | <input type="checkbox"/> si |
|   | <b>Seno destro</b>          | <b>Seno sinistro</b>     |                          |  |                             |
|   | Dolori                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                             |
|   | Secrezioni dal capezzolo    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                             |
|   | Nodulo/i                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                             |
| Altra anomalia (si prega di precisare)                      | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |                          |  |                             |

  

|   |   |                          |                          |             |                             |
|---|---|--------------------------|--------------------------|-------------|-----------------------------|
| 5. Ha già avuto in passato operazioni al seno?<br><b>Se sì:</b> | <input type="checkbox"/> no                 |                          |                          |             | <input type="checkbox"/> si |
|   | <b>Seno destro</b>                          | <b>Seno sinistro</b>     | <b>Breve descrizione</b> | <b>Anno</b> |                             |
|   | Una anomalia benigna (cisti, fibroma, ecc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |                             |
|   | Cancro al seno                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |                             |
|   | Ingrandimento/riduzione del seno            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |                             |
|   | Non so                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |                             |
| Altro (si prega di specificare):                                | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> |                          |             |                             |

## IMPORTANTE – modulo di consenso

### Con la mia firma acconsento a/confermo quanto segue:

- tutte le mie mammografie antecedenti possono essere consegnate al medico responsabile dell'istituto/reparto di radiologia e ai radiologi accreditati.
- i miei dati personali possono essere utilizzati in forma anonima a fini statistici e per i controlli di qualità e di efficacia del programma di screening del cancro del seno e possono essere elaborati ed archiviati.
- nel Registro dei tumori siano raccolti i dati circa una possibile patologia di cancro al seno, dati necessari al controllo della qualità e dell'efficacia del programma di diagnosi precoce del cancro al seno. Io esodo i medici del Registro dei tumori e il relativo personale ausiliario dal segreto medico professionale nei confronti dei medici del programma di diagnosi precoce del cancro al seno.
- i risultati correlati ad una possibile malattia del seno possono essere richiesti presso i miei medici curanti che libero dal dovere di riservatezza nei confronti dei medici del programma di screening del cancro al seno. Questi dati saranno trattati con riservatezza e nel rispetto del segreto professionale.
- mi sono informata sul riconoscimento precoce del cancro al seno.

Questo consenso può essere revocato da me in qualsiasi momento.

Luogo/Data:

Firma:

Il centro del programma della lega contro il cancro di Basilea è a Sua disposizione se Le serve aiuto nel compilare questo modulo: telefono 061 319 91 70.

**Indicazioni controllate/modulo compilato dal personale di screening (cognome, nome):**