

## Questionário sobre o estado de saúde

Número do Processo  
«IdDossier»

### Dados pessoais

Apelido

Nome próprio

Morada/endereço

Código postal/localidade

Tel. privado

Tel. comercial

Seguro de saúde

Nacionalidade

Observações:

Apelido de solteira

Data de nascimento

Profissão/Ocupação

Língua materna

Telemóvel

E-Mail

Número da apólice

Número AHV

O resultado do exame será comunicado por escrito ao seu médico no prazo de 8 dias úteis.

Por favor, enviem o resultado ao Dr./Dra.

Apelido

Nome próprio

Morada

Código postal/localidade

Por favor, enviem o resultado também ao

médico de família  outro médico

Apelido

Nome próprio

Morada

Código postal/localidade

**Por que perguntamos sobre o seu estado de saúde?** As informações sobre o seu estado de saúde são de extrema importância para os 2 médicos radiologistas que irão analisar a sua mamografia separadamente.

**Já preenchi este formulário. Preciso preenche-lo novamente?** SIM, desde a sua última mamografia e possível que haja ocorrido alguma alteração dos seus dados.

1. Já realizou alguma mamografia?

sim

não

Se sim, quando?

Data:

Nome do instituto:

Se sim, por quê?

diagnóstico precoce

problema de mama

outro motivo

não sei

2. A senhora está sendo tratada com uma terapia hormonal?

não

sim, há \_\_\_\_\_ anos

A senhora já foi tratada no passado com uma terapia hormonal?

não, nunca

sim, último tratamento: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_ meses

|   |                              |                              |                          |
|---|------------------------------|------------------------------|--------------------------|
| 3. A sua mãe, irmã ou filha teve um diagnóstico de cancro da mama?        | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> sim |                          |
| <b>Se sim, que idade tinha quando foi diagnosticado o cancro da mama?</b> | <b>Sua mãe</b>               | <b>Sua irmã</b>              | <b>Sua filha</b>         |
| 50 ou mais anos de idade  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Menos de 50 anos de idade   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Não sei   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |

|   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 4. Atualmente, a senhora está com algum problema na mama? | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> sim |
| <b>Se sim:</b>  | <b>Mama direita</b>          | <b>Mama esquerda</b>         |
| Dor   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| Secreção mamilar  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| Nódulos   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| Outras alterações<br>(por favor descreva)                 | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |

|  |                              |                              |                           |            |
|--|------------------------------|------------------------------|---------------------------|------------|
| 5. No passado foi operada na mama?           | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> sim |                           |            |
| <b>Se sim:</b>                               | <b>Mama direita</b>          | <b>Mama esquerda</b>         | <b>Descrição resumida</b> | <b>Ano</b> |
| Alteração benigna<br>(quisto, fibroma, etc.) | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |                           |            |
| Cancro da mama                               | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |                           |            |
| Aumento e/ou diminuição da mama              | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |                           |            |
| Não sei                                      | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |                           |            |
| Outra (por favor descreva)                   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |                           |            |

## IMPORTANTE – Declaração de consentimento

### Com a minha assinatura concordo que:

- as minhas antigas mamografias realizadas e arquivadas possam ser transmitidas ao médico responsável do instituto de radiologia e aos radiologistas credenciados.
- os meus dados possam ser editados e arquivados de forma anónima para fins estatísticos e para controle de qualidade e de eficácia do Programa de Diagnóstico Precoce do Cancro da Mama, de acordo com as normas legais de proteção de dados.
- no registo de cancro, possam ser recolhidos os dados sobre uma possível doença cancerígena necessários para o controlo de qualidade e da eficácia do programa de deteção precoce do cancro da mama. Exonero, por este meio, os médicos do registo de cancro e o pessoal assistente do dever de manterem sigilo profissional mediante os médicos do programa de deteção precoce do cancro da mama.
- no caso de uma possível doença da mama diagnosticada pelo exame, os resultados possam ser solicitados pelos meus médicos, os quais ficam desde já dispensados do sigilo profissional perante os médicos do Programa de Diagnóstico Precoce do Cancro da Mama e do Registo de Doenças Oncológicas. Estes dados serão tratados com confidencialidade e de acordo com o sigilo médico.
- eu me informei sobre o Programa de Diagnóstico Precoce do Cancro da Mama.

Este documento poderá ser revogado por mim a qualquer momento.

Local/Data

Assinatura:

Caso necessite de ajuda para o preenchimento deste questionário, por favor entrar em contato com a Liga contra o Cancro das duas Basiléias através do telefone: 061 319 91 70.

**Dados controlados/preenchidos pelo pessoal do rastreio (apelido, nome próprio):**

.....