

Questionario sulla salute

Dati personali (*obbligatorio)

Cognome

Nome

Indirizzo

CAP ! Luogo

Data di nascita

Numero di riferimento

Tel. (durante il giorno)*

Tel. cellulare

E-mail

Assicurazione*

N° AVS

L'esito dell'esame sarà comunicato per posta a Lei ed alla Sua ginecologa/al Suo ginecologo, entro 8 giorni

Dati di contatto del Suo ginecologo

Cognome, Nome

CAP ! Luogo

Si prega di inviare i risultati anche al mio medico di famiglia

Cognome, Nome

CAP ! Luogo

IMPORTANTE – Dichiarazione di consenso

Con la presente esprimo il mio consenso informato a partecipare al programma:

- confermo di essere stata informata sullo scopo e sul funzionamento della prevenzione e dello screening, (così) come sui loro vantaggi e limiti.
- confermo di aver compreso che l'esame viene fatturato a un importo fisso e senza franchigia e che viene addebitata solo una quota massima di CHF 20.– viene addebitata. Non riceverò quindi una copia automatica della fattura. Se desidero comunque riceverne una, contatto il centro programmi.
- autorizzo la trasmissione delle mie immagini mammografiche antecedenti e finora archiviate al medico responsabile dell'istituto di radiologia nonché ai radiologi accreditati.
- autorizzo lo scambio dei miei dati medici e anagrafici (di seguito i «dati») tra gli specialisti che partecipano allo screening, sia per posta che per e-mail criptata, nonché la raccolta e l'archiviazione dei miei dati da parte della Lega contro il cancro di Basilea (di seguito «Lega contro il cancro») nella misura assolutamente necessaria per l'attuazione del programma di screening e la garanzia di la sua qualità; inoltre, prendo atto che tali dati saranno trattati confidenzialmente.
- autorizzo lo scambio di informazioni tra il medico da me nominato e la Lega contro il cancro in quanto assolutamente necessario per la realizzazione del programma di screening e la garanzia della sua qualità.
- riconosco che la mia partecipazione al programma di screening comporterà la comunicazione della mia personale diagnosi di cancro al seno al Registro Tumori d'entrambi Basilea.
- in caso di risultato normale, autorizzo la Lega contro il cancro a comunicare una quantità minima di dati (cognome, nome, data di nascita e indirizzo) al Registro cantonale dei tumori ai fini della garanzia della qualità e ad ottenere i miei dati diagnostici personali generati tra due esami.
- riconosco che i miei dati resi anonimi possono essere utilizzati a fini statistici e per migliorare la qualità del programma.
- in caso di trasloco, autorizzo la trasmissione della mia pratica al programma di screening ufficiale del mio nuovo cantone di residenza.
- per garantire la qualità del programma di screening, autorizzo la trasmissione alla Lega contro il cancro dei risultati degli esami di controllo rilevanti per lo screening.
- confermo di essere stata informata dettagliatamente sull'utilizzo, la trasmissione e la conservazione dei miei dati, e riconosco di avere il diritto in qualsiasi momento di consultare i miei dati, di rettificarli e di oppormi al loro trattamento.

Luogo, Data

Firma

lavorativi.

—voltage p.f.—

Perché Le facciamo domande sulla Sua salute? Le Sue informazioni su questo questionario sono importanti per i due radiologi che valutano in modo indipendente le Sue immagini mammografiche.

Ho già completato questo questionario. Devo compilarlo di nuovo? Sì, potrebbero essersi verificati dei cambiamenti dall'ultima mammografia.

1. Ha mai fatto una mammografia in passato?	sì		no	
Se sì, quando?	Data:			
Se sì, per quale motivo?	Nome dell'istituto:			
	screening			
	problemi al seno			
	un'altra ragione			
	non lo so			
2. E in cura ormonale?	no			
	sì, da _____ anni			
Ha ricevuto una terapia ormonale in passato?	no mai			
	sì, l'ultimo _____ anni fa,			
	durata del trattamento _____ anni			
3. Sua madre, sua sorella o sua figlia ha mai avuto un cancro al seno?	no		sì	
Se sì, a che età gli è stato diagnosticato?	Sua madre	Sua sorella	Sua figlia	
50 anni o dopo				
prima dei 50 anni				
non lo so				
4. Ha attualmente problemi al seno?	no		sì	
Se sì:	Seno destro		Seno sinistro	
Dolori				
Perdita di liquido dal capezzolo				
Ganglio				
Altri (pregasi specificare)				
5. Si è mai fatta operare il seno?	no		sì	
Se sì:	Seno destro	Seno sinistro	Breve descrizione	Anno
Per un'anomalia benigna (cisti, fibroma, ecc.)				
Cancro del seno				
Per mastoplastica additiva e/o riduttiva				
Non lo so				
Altri (pregasi specificare)				

Dati verificati dall'istituto di radiologia (firma):