

Questionário sobre Saúde

Dados pessoais (*campos obrigatórios)

Apelido	<<Lastname>>
Nome	<<Firstname>>
Morada	<<Address1>>
CP / Lugar	<<ZIP>> <<Locality>>
Data de nascimento	<<Birthdate>>

Seu nº de referência

Tel. durante o dia*	
Telemóvel nº	
E-mail	
Seguro de saúde*	
AHV/SVS nº	<<AVSNumber>>

Os resultados do exame ser-lhe-ão informados por escrito e à sua / ao seu ginecologista dentro de um prazo de 8 dias úteis.

Indique-nos o nome da sua / do seu ginecologista, por favor

Apelido, nome
CP / Lugar

Envie também o resultado à minha médica / ao meu médico de família, por favor

Apelido, nome
CP / Lugar

IMPORTANTE – Declaração de Autorização

Com a minha assinatura

- confirmo que fui informada sobre o modo de funcionamento da prevenção e da deteção precoce, as suas vantagens e limitações.
- confirmo ter compreendido que este exame será faturado por um montante fixo e isento da franquia e que apenas me será co-brada uma participação pessoal nos custos de, no máximo, CHF 20.-, pelo que não receberei uma cópia automática da fatura. Se, mesmo assim, desejar recebê-la, entrarei em contacto com o Centro do Programa.
- autorizo a transmissão das minhas mamografias, realizadas e conservadas até à data, à médica / ao médico responsável do Instituto de Radiologia assim como às / aos radiologistas acreditados.
- autorizo o intercâmbio dos meus dados médicos e pessoais (a seguir designados <<dados>>) entre os especialistas envolvidos no Rastreio, tanto por correio como por correio eletrónico codificado, bem como a recolha e o armazenamento dos meus dados pela Liga do Cancro de Basileia (a seguir designada <<Liga do Cancro>>), na medida em que tal seja absolutamente necessário para a execução do Programa de Rastreio Mamográfico e para garantir a sua qualidade; estes dados serão tratados confidencialmente.
- autorizo a troca de informações entre as médicas / os médicos por mim designados e o Serviço de Prevenção e Deteção Precoce da Liga contra o Cancro, na medida em que tal seja absolutamente necessário para a execução do Programa de Rastreio Mamográfico e para garantir a sua qualidade.
- reconheço que a minha participação no Programa de Rastreio Mamográfico implica a notificação de dados pessoais do meu diagnóstico de cancro da mama ao Registo Oncológico das duas Basileias.
- autorizo a Liga contra o Cancro a comunicar, para efeitos de garantia de qualidade, um conjunto mínimo de dados (apelido, nome próprio, data de nascimento e endereço) ao Registo Cantonal do Cancro em caso de resultado normal e a obter os meus dados pessoais de diagnóstico recolhidos entre dois exames.
- reconheço que os meus dados anonimizados podem ser utilizados para fins estatísticos e para melhorar a qualidade do Programa.
- autorizo a transmissão do meu dossier, em caso de mudança de residência, ao programa oficial de rastreio do meu novo cantão de residência.
- autorizo a transmissão dos resultados dos exames de acompanhamento, relevantes para o Rastreio, à Liga contra o Cancro para garantir a qualidade do Programa de Rastreio Mamográfico.
- confirmo que fui informada em pormenor sobre a utilização, divulgação e armazenamento dos meus dados; tenho o direito de ver, corrigir e opor-me aos meus dados em qualquer altura.

Lugar, data

Assinatura

Porque é que lhe fazemos perguntas sobre a sua saúde? As informações que fornecer neste questionário são importantes para os dois radiologistas que avaliarão de forma independente entre si as imagens da sua mamografia.

Já preenchi este questionário uma vez. Tenho de o preencher novamente?

SIM, porque as informações podem ter mudado desde a sua última mamografia.

1. Já foi submetida alguma vez a uma mamografi a?

Em caso afirmativo, quando?

Em caso afirmativo, por que motivo?

sim não

Data: _____
 Nome do instituto: _____

deteção precoce
 problemas no seio
 outros motivos
 não sei

2. Está a ser tratada com preparados hormonais?

Foi tratada anteriormente com preparados hormonais?

não
 sim, há _____ anos

não, nunca
 sim, não mais há _____ anos,
 duração do tratamento _____ anos

3. Foi diagnosticado cancro da mama à sua mãe, irmã ou filha?

Em caso afirmativo, que idade tinha/m na altura do diagnóstico de cancro da mama?

50 anos de idade ou mais

Menos de 50 anos de idade

não sei

não sim

a sua mãe	a sua irmã	a sua filha	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Tem atualmente problemas no seio?

Em caso afirmativo:

Dores

Perda de secreção do mamilo

Nódulo

Outras alterações (queira especificar, p.f.)

não sim

seio direito	seio esquerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Já foi operada ao seio no passado?

Em caso afirmativo:

Uma alteração benigna (cisto, fibroma, etc.)

Cancro da mama

Aumento e/ou redução do seio

Não sei

Outros (queira acrescentar, p.f.):

não sim

Seio direito	Seio esquerdo	Descrição resumida	Ano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Dados verificados pelo Instituto de Radiologia (assinatura):
