

Cuestionario sobre el estado de salud

Su n° de expediente
«IdDossier»

Datos personales

Apellido

Nombre

Dirección

CP/localidad

Tel. particular

Tel. trabajo

Seguro de enfermedad

Nacionalidad

Comentarios:

Apellido de soltera

Fecha de nacimiento

Ocupación

Idioma materno

Móvil

Correo electrónico

N° de asegurada

N° AHV

El resultado de la mamografía se le comunicará por escrito, tanto a usted como a su ginecóloga/o, en un plazo de ocho días hábiles.

Datos de su ginecóloga/o

Apellido

Nombre

Dirección

CP/localidad

Envíen, por favor, el resultado también a:

médica/o de cabecera otra/o médica/o

Apellido

Nombre

Dirección

CP/localidad

¿Por qué le hacemos preguntas sobre su salud? Porque esta información es muy importante para los dos radiólogos que evaluarán la mamografía independientemente uno del otro.

¿Debo rellenar otra vez el cuestionario si ya lo he hecho antes? Sí, porque los datos pueden haber cambiado entretanto.

1. ¿Le han hecho alguna vez una mamografía?

Sí

No

En caso afirmativo, ¿cuándo?

Fecha:

Instituto:

En caso afirmativo, ¿por qué?

Diagnóstico precoz

Problemas de mamas

Otras razones

No sé

2. ¿Está bajo tratamiento con hormonas?

No

Sí, desde hace ____ años

¿Ha sido tratado anteriormente con hormonas?

No, nunca

Sí. Por última vez: _____ durante: _____ meses

3. ¿Existen casos de cáncer de mama en su familia (madre, hermana o hija)?	<input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí		
En caso afirmativo, ¿a qué edad se enfermaron?	Madre	Hermana	Hija			
50 años o más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Menos de 50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
No sé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

4. ¿Tiene molestias en las mamas?	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí	
En caso afirmativo:	Mama derecha		Mama izquierda	
Dolores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secreción por el pezón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nódulos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros síntomas (indicar cuáles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ¿Ha tenido alguna operación en las mamas?	<input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí		
En caso afirmativo:	Derecha	Izquierda	Breve explicación	Año		
Afección benigna (quiste, fibroma, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Cáncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Aumento o reducción de los pechos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
No sé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Otras (precisar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Importante – su consentimiento

Con mi firma declaro:

- estar de acuerdo en que las mamografías que se me hayan hecho anteriormente se pongan a la disposición del/de la médico/a responsable del instituto radiológico y de los radiólogos acreditados en este programa;
- estar de acuerdo en que se utilicen y archiven mis datos, de forma anónima y con arreglo a las normas legales vigentes de protección de datos, para fines estadísticos y para determinar la calidad y efectividad de este programa de diagnóstico precoz;
- estar de acuerdo en que se puedan recabar en el Registro de cáncer (Krebsregister) los datos sobre una posible patología mamaria que sean necesarios para evaluar la calidad y efectividad del programa de diagnóstico precoz. Por la presente, dispengo a los/las médicos/as del Registro de cáncer, y a su personal auxiliar, de la obligación de guardar el secreto médico ante los/las médicos/as del programa de diagnóstico precoz del cáncer de mama.
- estar de acuerdo en que mis médicos/as de cabecera transmitan los resultados de eventuales exámenes efectuados dentro del marco de una patología mamaria. Para ello, dispengo por la presente a dichos médicos/as de la obligación de guardar secreto médico ante los médicos/as del programa de diagnóstico precoz del cáncer de mama y el registro del cáncer (Krebsregister). Mis datos serán tratados de forma confidencial y con arreglo a la obligación de guardar secreto médico.
- haberme informado sobre el diagnóstico precoz del cáncer de mama. Puedo revocar mi consentimiento en todo momento.

Lugar/fecha:

Firma:

Si tiene dificultades para rellenar el cuestionario, puede llamar a las oficinas del programa de la Liga contra el cáncer de Basilea-Ciudad y Basilea-Campiña (Krebsliga beider Basel), teléfono 061 319 91 70.

Datos controlados/completados por el personal de detección (apellido, nombre):