

Questionario sulla salute

Numero del Suo dossier
«IdDossier»

Dati personali

Cognome

Nome

Indirizzo

CAP/Luogo

Tel. privato

Tel. lavoro

Assicurazione

Nazionalità

Commenti:

Cognome da nubile

Data di nascita

Professione/attività

Lingua madre

Telefono cellulare

E-mail

N° assicurazione

N° AVS

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

Cognome

Nome

Indirizzo

CAP/Luogo

Si prega inviare i risultati anche a:

medico di base altro medico

Cognome

Nome

Indirizzo

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?

sì

no

Se sì, quando?

Data:

Nome dell'istituto:

Se sì, perché?

Riconoscimento precoce

Problemi al seno

altri motivi

non so

2. Usa dei medicinali ormonali?

no

sì, da _____ anni

Ha fatto uso di ormoni in passato?

no, mai

sì, l'ultima volta: _____ Periodo: _____ mesi

3. Sua madre, sorella o figlia si è ammalata di cancro al seno? Se si a quale età hanno avuto la diagnosi?	<input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si	
	Madre	Sorella	Figlia	
	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? Se sì:	<input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si	
	Seno destro	Seno sinistro		
	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? Se sì:	<input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si		
	Seno destro	Seno sinistro	Breve descrizione	Anno	
	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):

.....