Telefon 061 319 91 70 | Fax 061 319 91 79
info@mammografiescreeningbasel.ch
www.mammografiescreeningbasel.ch

Questionario sulla salute

Numero del Suo dossier
«IdDossier»

Dati personali

Cognome	Cognome da nubile
Nome	Data di nascita
Indirizzo	Professione/attività
CAP/Luogo	Lingua madre
Tel. privato	Telefono cellulare
Tel. lavoro	E-mail
Assicurazione	N° assicurazione
Nazionalità	N° AVS
Commenti:	

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?	☐ si ☐ no
Se si, quando?	Data: Nome dell'istituto:
Se si, perché?	☐ Riconoscimento precoce ☐ Problemi al seno ☐ altri motivi ☐ non so
2. Usa dei medicinali ormonali?	☐ no ☐ si, da _____ anni
Ha fatto uso di ormoni in passato?	☐ no, mai ☐ si, l'ultima volta: _____ Periodo: _____ mesi

Traduzione
La preghiamo gentilmente
di compilare solamente
il questionario sulla salute
in tedesco.
Grazie

3. Sua madre, sorella o figlia si è ammalata di cancro al seno?	☐ no		☐ si	
Se sì a quale età hanno avuto la diagnosi?	**Madre**	**Sorella**	**Figlia**	
50 anni o più	☐	☐	☐	
Meno di 50 anni	☐	☐	☐	
Non so	☐	☐	☐	

4. Attualmente soffre di problemi al seno?	☐ no	☐ si
Se sì:	**Seno destro**	**Seno sinistro**
Dolori	☐	☐
Secrezioni dal capezzolo	☐	☐
Nodulo/i	☐	☐
Altra anomalia (si prega di precisare)	☐	☐

5. Ha già avuto in passato operazioni al seno?	☐ no		☐ si	
Se sì:	**Seno destro**	**Seno sinistro**	**Breve descrizione**	**Anno**
Una anomalia benigna (cisti, fibroma, ecc.)	☐	☐		
Cancro al seno	☐	☐		
Ingrandimento/riduzione del seno	☐	☐		
Non so	☐	☐		
Altro (si prega di specificare):	☐	☐		

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 eso nero 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):

.....