

MAMMOGRAFIA QUESTIONARIO

1. Data dell'ultima mammografia: _____ Immagini precedenti: sì no

Oggi è il _____ giorno del ciclo (calcolato dal primo giorno della mestruazione) / In menopausa da _____

2. Ho disturbi _____ sì no

Dolori Rientranze Ingrossamento del seno Alterazioni della pelle/Arrossamento

Noduli percepibili Fuoriuscita di liquido Dolori diffusi

Dove? Segnare il punto



3. Patologie mammarie _____ sì no

Se sì, quando: _____ Da quale lato: _____ Quale patologia: _____

4. Brustoperation _____ sì no

Se sì, quando: _____ Da quale lato: _____ benigno maligno Impianto

Trattamento postoperatorio: Chemioterapia Radioterapia Terapia antiormonale nessuno

5. Cancro al seno in famiglia _____ sì no

Se sì, chi: Figlia Madre Sorella Nonna Zia/Cugina

Età di comparsa della malattia: _____

6. Intervento ginecologico _____ sì no

Se sì, quando: _____ which: _____ benigno maligno

Trattamento postoperatorio: Chemioterapia Radioterapia Terapia antiormonale nessuno

7. Cancro all'apparato genitale femminile in famiglia _____ sì no

Se sì, chi: Figlia Madre Sorella Nonna Zia/Cugina

8. Data dell'ultima densitometria ossea _____

9. Attualmente assumo ormoni _____ sì no

Se sì, quali: _____

10. Per donne in età fertile: Potrebbe essere incinta? _____ sì no

Dichiaro di aver letto e compreso il presente testo.

Data _____ Firma della paziente o Nome/Firma dell'accompagnatore _____ Firma della persona che ha spiegato il documento _____