

PROGRAMMA DI DIAGNOSI PRECOCE DEL CANCRO AL SENO – QUESTIONARIO

1. Data dell'ultima mammografia: _____ dove: _____ Immagini precedenti: sì no
2. Patologie mammarie: _____ sì no quali: _____
3. Patologie mammarie nella mia famiglia: sì no quali: _____
4. Ho dolori/disturbi: _____ sì no quali: _____

Ai fini dell'esame per la diagnosi precoce può indicare un medico di Sua fiducia. Qualora indichi il nominativo di un medico di Sua fiducia, gli/le verrà comunicato soltanto che oggi Lei si è sottoposta a un esame per la diagnosi precoce del cancro al seno. L'esito dell'esame non verrà automaticamente comunicato. Il medico di Sua fiducia conoscerà il risultato dell'esame soltanto se Lei lo/la consulterà in merito a tale risultato.

Nome del medico: _____

Indirizzo: _____

Specializzazione: _____

La preghiamo di fornire un indirizzo presso il quale potremo raggiungerla nei prossimi 14 giorni:

Nome: _____

Indirizzo: _____

Telefono: _____

Se, insieme all'esito dell'esame, Le viene rivolto l'invito a contattarci per ulteriori indagini di chiarimento e/o per discutere l'esito, La preghiamo di accettarlo. Qualora non lo faccia, è possibile che vada incontro a conseguenze molto gravi per la Sua salute. Con il Suo consenso, da Lei espresso attraverso questo documento, il Suo medico di fiducia potrà ricevere, dietro Sua richiesta, una copia dell'esito dell'esame odierno a scopo informativo. Nel caso in cui Lei ritenga di non aver ricevuto informazioni sufficienti attraverso questo documento di chiarimento, potrà richiedere in qualsiasi momento un colloquio con un medico per ottenere ulteriori chiarimenti.

- Ho compreso il contenuto del documento di chiarimento, sono stata informata a sufficienza e rinuncio a un chiarimento orale.
- Sono consapevole che, in caso di esito che necessiti di una discussione, devo mettermi prontamente in contatto con il vostro istituto sanitario in modo da poter avere al più presto un colloquio con un medico in merito all'esito del mio esame e alle possibili misure da intraprendere al riguardo.
- Acconsento a che il mio medico di fiducia, ove egli/ella lo desidera, riceva una copia dell'esito del mio esame

Data _____

Firma della partecipante _____