

## 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 \_\_\_\_\_