

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