

Cognome.....

Nome.....

Data.....

Questionario per Check Up SENOLOGICO

Leggere attentamente queste informazioni per eseguire gli esami nelle migliori condizioni

Gentile Signora,

La ringraziamo per aver scelto il nostro Centro per sottoporsi ai controlli odierni.

Prima di proseguire con i controlli previsti dal check up, desideriamo fornirle alcune informazioni che concernono in particolar modo la mammografia; questa non è un esame infallibile e che ha dei limiti non riconoscendo un certo numero di tumori (circa il 15%), ovvero in termini pratici ha un' accuratezza di circa il 80-90%. Per ridurre ancora questo margine di fallibilità, è importante, oltre al nostro massimo impegno, disporre della *Sua disponibilità e collaborazione* fornendoci alcune informazioni circa la Sua storia clinica ed il motivo per cui ha deciso di sottoporsi a questa serie di esami, compilando il questionario nella maniera più completa ed esauriente possibile.

La informiamo che in mammografia si usano Radiazioni ionizzanti che potrebbero essere nocive al feto; pertanto, è importante che Lei segnali il Suo stato al Medico Radiologo o al Tecnico di Radiologia.

Inoltre, se fosse portatrice di PROTESI MAMMARIE, è pregata di farlo presente al Medico Radiologico o, meglio, al Tecnico di Radiologia prima dell'esecuzione dell'esame al fine di evitare errori di esposizione e decidere la tecnica più corretta. L'apparecchio in dotazione al nostro Studio è di ultima generazione e dotato di un computer predisposto per stabilire automaticamente la minore e migliore dose possibile di radiazioni e la presenza di protesi potrebbe determinare errori tecnici.

Le consigliamo di accingersi all'esecuzione della mammografia con serenità. Può succedere che il Medico Radiologo La richiami per sottoporsi a radiografie aggiuntive di approfondimento: questo avviene normalmente per compilare un referto più accurato e non deve assolutamente crearLe ansia e preoccupazione.

Infine, è importante poter confrontare l'esame con eventuali mammografie precedenti al fine di riconoscere eventuali cambiamenti della struttura delle mammelle o la comparsa di piccole nuove nodulazioni. Pertanto, La invitiamo a voler portare sempre con sé l'ultima mammografia e/o ecografia.

Il personale dello Studio è a Sua disposizione per ogni chiarimento.

Grazie per la Sua collaborazione.

1 - LE CHIEDIAMO DI FORNIRCI ALCUNI DATI DI CARATTERE GENERALE

Data dell'ultima mestruazione:

- Menopausa spontanea a meno di 40 anni
- Menopausa spontanea a più di 40 anni
- Asportazione chirurgica solo dell'utero
- Asportazione di utero ed ovaie
- Asportazione delle ovaie a meno di 40 anni
- Asportazione delle ovaie a più di 40 anni

2 - PUO' INDICARE L'ETA' DELLA PRIMA MESTRUAZIONE ED IL RITMO DELLE MESTRUAZIONI

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menarca a meno di 12 anni | <input type="checkbox"/> Ritmo mestruazioni regolare |
| <input type="checkbox"/> Menarca fra 12-14 anni | <input type="checkbox"/> Ritmo mestruazioni irregolare |
| <input type="checkbox"/> Menarca a più di 14 anni | |

3 - GRAVIDANZA A TERMINE ED ALLATTAMENTO GLOBALE

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Non figli | <input type="checkbox"/> Allattamento per meno di 4 mesi |
| <input type="checkbox"/> Un figlio | <input type="checkbox"/> Allattamento per più di 4 mesi |
| <input type="checkbox"/> Più figli | <input type="checkbox"/> Senza allattamento |
| <input type="checkbox"/> Primo figlio a meno di 30 anni | <input type="checkbox"/> Eventi abortivi |
| <input type="checkbox"/> Primo figlio a più di 30 anni | |

4 - FA O HA FATTO USO DI TERAPIA ORMONALE?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nessuna terapia ormonale | <input type="checkbox"/> Terapia estro-progestinica |
| <input type="checkbox"/> Terapia estrogenica | <input type="checkbox"/> Terapia imprecisata |
| <input type="checkbox"/> Terapia progestinica | <input type="checkbox"/> Terapia con altri farmaci |

5 - TRA I SUOI PARENTI STRETTI E' STATO DIAGNOSTICATO UN TUMORE MALIGNO MAMMARIO?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nessuna familiarità | <input type="checkbox"/> Zia materna e/o cugine |
| <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre |
| <input type="checkbox"/> Sorella/e | <input type="checkbox"/> Familiarità paterna |
| <input type="checkbox"/> Madre + sorella | <input type="checkbox"/> Madre, sorella e altri |
| <input type="checkbox"/> Nonna materna | <input type="checkbox"/> Figli |

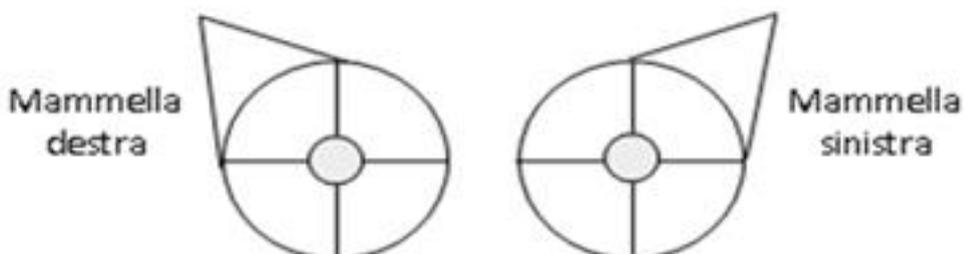
6 - PUO' RIFERIRE PATOLOGIA ANTECEDENTE PERSONALE MAMMARIA?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> a: Dx | <input type="checkbox"/> a: Sin | Interventi chirurgici per: |
| <input type="checkbox"/> Nessuna | <input type="checkbox"/> Mastite | <input type="checkbox"/> Mastite |
| <input type="checkbox"/> Mastite | <input type="checkbox"/> Trauma | <input type="checkbox"/> Trauma |
| <input type="checkbox"/> Trauma | <input type="checkbox"/> Mastopatia fibro-cistica | <input type="checkbox"/> Mastopatia fibro-cistica |
| <input type="checkbox"/> Mastopatia fibro-cistica | <input type="checkbox"/> Fibroadenoma | <input type="checkbox"/> Fibroadenoma |
| <input type="checkbox"/> Fibroadenoma | <input type="checkbox"/> Altra benigna | <input type="checkbox"/> Altra benigna |
| <input type="checkbox"/> Altra benigna | <input type="checkbox"/> Carcinoma | <input type="checkbox"/> Carcinoma |

7 - PER QUALE MOTIVO EFFETTUA IL CONTROLLO ODIERNO?

- | | | | |
|--|--------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nessuno (prevenzione) | <input type="checkbox"/> a: Dx | <input type="checkbox"/> a: Sin | <input type="checkbox"/> Secrezione |
| <input type="checkbox"/> Dolore locale | | | <input type="checkbox"/> Alterazione della cute |
| <input type="checkbox"/> Sindrome premestruale | | | <input type="checkbox"/> Alterazione del capezzolo |
| <input type="checkbox"/> Tumefazione dolente | | | <input type="checkbox"/> Linfonodi ascellari |
| <input type="checkbox"/> Tumefazione non dolente | | | <input type="checkbox"/> Altro |
| <input type="checkbox"/> Nodo/i | | | <input type="checkbox"/> Nessuno alla mammella controllat. |

8 - SE HA RILEVATO UN SINTOMO O UNA ALTERAZIONE, INDICHI LA SEDE:



9 - QUANTO E' TEMPO INTERCORSO TRA SINTOMO ED ESAME ODIERNO?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Meno di 1 mese | <input type="checkbox"/> Tra 6 mesi ed 1 anno |
| <input type="checkbox"/> Tra 1 e 3 mesi | <input type="checkbox"/> Più di 1 anno |
| <input type="checkbox"/> Tra 3 e 6 mesi | <input type="checkbox"/> Più di 2 anni |

10 - HA RILEVATO UNA VARIAZIONE DI VOLUME DELLA LESIONE O DELLA INTENSITA' DEL SINTOMO?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stazionario | <input type="checkbox"/> Variabile con il ciclo |
| <input type="checkbox"/> Non apprezzato | <input type="checkbox"/> Ridotto spontaneamente |
| <input type="checkbox"/> Aumento assoluto lento | <input type="checkbox"/> Ridotto dopo terapia medica |
| <input type="checkbox"/> Aumento rapido | <input type="checkbox"/> Invariato dopo terapia medica |

11 - COME E' AVVENUTO IL RISCONTRO DEL SINTOMO?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Occasionale personale | <input type="checkbox"/> Autopalpazione |
| <input type="checkbox"/> Occasionale del medico | <input type="checkbox"/> Altro |
| <input type="checkbox"/> Durante visita senologica | |

12 - EFFETTUA L'AUTOPALPAZIONE?

- | | |
|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sì, periodica | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Sì, saltuaria | <input type="checkbox"/> |

13 - HA PROTESI MAMMARIE E NOTATO ALTERAZIONI?

Dx Sn

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nessuna | <input type="checkbox"/> Diffusione del gel |
| <input type="checkbox"/> Integre ed in sede | <input type="checkbox"/> Granulomi |
| <input type="checkbox"/> Contrazione capsulare | <input type="checkbox"/> Grinze o pliche |
| <input type="checkbox"/> Infezione | <input type="checkbox"/> Dislocazione |
| <input type="checkbox"/> Ematoma - sieroma | <input type="checkbox"/> Calcificazione |
| <input type="checkbox"/> Rottura dell'impianto | <input type="checkbox"/> Estrusione |

MODULO DI INFORMAZIONE E CONSENSO PER ACCERTAMENTO DI DIAGNOSTICA SENOLOGICA

Ho ricevuto le seguenti informazioni:

- 1) i vari esami diagnostici, anche se ripetuti, non possono evitare la comparsa del tumore alla mammella ma possono scoprirlo nelle fasi iniziali del suo sviluppo;
- 2) la diagnosi tempestiva del tumore della mammella consente di ottenere, in moltissimi casi, riduzione di mortalità con ricorso a terapie meno aggressive;
- 3) un 15-20% circa dei tumori della mammella non si vede con la mammografia per cui è talora necessario integrare la mammografia con l'ecografia e con la visita senologica;
- 4) l'integrazione della mammografia con altri esami serve soprattutto nei casi di "mammella densa" alla mammografia;
- 5) nonostante l'esecuzione di più test diagnostici, un 10-15% circa dei tumori della mammella non si lascia riconoscere e si rende evidente solo nei controlli successivi;
- 6) è importante rispettare la "periodicità dei controlli" per recuperare in tempo utile alla cura i tumori già presenti ma non diagnosticati.

Firma

.....