



COGNOME:	NOME:
----------	-------

### VALUTAZIONE DI IDONEITÀ AL TEST FIT: *la preghiamo di apporre una crocetta od ogni domanda*

1. Negli ultimi 10 anni ha eseguito una colonscopia?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, in data (indicare almeno l'anno): ___/___/_____
2. Attualmente presenta sintomi intestinali insoliti? (per esempio: dolori addominali, cambiamento delle abitudini di defecazione, sangue nelle feci)	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
3. Attualmente soffre di emorroidi o erosioni cutanee anali con sanguinamento macroscopico?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
4. Ha avuto in passato un tumore coloretale?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
5. Ha avuto in passato adenomi colorettali e deve eseguire la colonscopia ad intervalli regolari (<10 anni)?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
6. Ha una predisposizione ereditaria al tumore coloretale (es. sindrome di Lynch/HNPCC, poliposi adenomatosa familiare (PAF))?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
7. Soffre di una malattia infiammatoria cronica intestinale (es. colite ulcerosa, morbo di Crohn)?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
8. Antecedenti familiari: uno dei suoi parenti di primo grado (madre, padre, fratello/sorella, figlio/a) ha o ha avuto un tumore coloretale?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì

### → SE HA RISPOSTO **NO** A TUTTE LE DOMANDE, ha 3 possibilità per ottenere gratuitamente il kit FIT:



richiesta online collegandosi al sito internet [www.ti.ch/kitfit](http://www.ti.ch/kitfit) oppure scansionando il codice QR a lato; riceverà successivamente il kit FIT al suo domicilio;



fissare una **consultazione informativa iniziale gratuita presso un Medico di famiglia convenzionato** (lista allegata): si ricordi di compilare e firmare il presente questionario (vedi **SPAZIO DEDICATO AL PARTECIPANTE** sul retro) e di consegnarlo al Medico; riceverà successivamente il kit FIT al suo domicilio;



recarsi presso una **Farmacia convenzionata** (lista allegata): si ricordi di compilare e firmare il presente questionario (vedi **SPAZIO DEDICATO AL PARTECIPANTE** sul retro) e di consegnarlo al Farmacista insieme al Foglio di richiesta per l'analisi FIT. Il Farmacista le consegnerà il kit FIT.

### → SE HA RISPOSTO **SÌ** SOLO ALLA DOMANDA 1:

- deve attendere che siano trascorsi 10 anni dall'ultima colonscopia prima di eseguire il test FIT;
- si ricordi di **ritornare il presente questionario** compilato e firmato (vedi **SPAZIO DEDICATO AL PARTECIPANTE** sul retro) tramite la busta pre-affrancata oppure di comunicarci la data della colonscopia sul sito internet [www.ti.ch/kitfit](http://www.ti.ch/kitfit) (selezionando "Rinuncio al test FIT") oppure scansionando il codice QR a lato;
- riceverà un nuovo invito trascorsi 10 anni dalla data dell'ultima colonscopia da lei indicata.



### → SE HA RISPOSTO **SÌ** AD UNA O PIÙ DOMANDE 2-8:

- l'esecuzione del test FIT potrebbe non essere indicata; è consigliata una **consultazione informativa iniziale gratuita presso un Medico di famiglia convenzionato** (lista allegata) per valutare l'idoneità al test FIT; si ricordi di compilare e firmare il presente questionario (vedi **SPAZIO DEDICATO AL PARTECIPANTE** sul retro) e di consegnarlo al Medico;
- **per contro, se esegue già la colonscopia ad intervalli regolari** presso uno studio medico di gastroenterologia, si ricordi di **ritornare il presente questionario** compilato e firmato (vedi **SPAZIO DEDICATO AL PARTECIPANTE** sul retro) tramite la busta pre-affrancata oppure di comunicarci la sua rinuncia sul sito internet [www.ti.ch/kitfit](http://www.ti.ch/kitfit) (selezionando "Rinuncio al test FIT") oppure scansionando il codice QR a lato.

→ segue

→ segue

SPAZIO DEDICATO AL PARTECIPANTE: completare i dati qui di seguito riportati	
<b>DATI PERSONALI</b>	
Cognome:	Nome:
Indirizzo:	NAP e Luogo:
Telefono:	Data di nascita:
E-mail:	Cassa malati:
<b>MEDICO DI FAMIGLIA*</b>	
Cognome:	Nome:
Indirizzo:	NPA e Luogo:
<small>* Il Medico scelto riceverà in copia il risultato degli esami da lei eseguiti nel Programma di screening e la contatterà in caso di FIT positivo.</small>	
Luogo, data: _____ Firma del Partecipante: _____	

SPAZIO DEDICATO ALLA FARMACIA CONVENZIONATA	
<input type="checkbox"/> <b>Inclusione</b> al Programma di screening.	Luogo, data: _____  Timbro della Farmacia  Firma del Farmacista: _____
<input type="checkbox"/> <b>Non-inclusione</b> al Programma di screening, <b>domanda 1.</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Non-inclusione</b> al Programma di screening, <b>domande 2-8;</b> è consigliata una consultazione informativa iniziale con un Medico di famiglia convenzionato.	
→ Ritornare il questionario a <a href="mailto:screening.colorettale@ti.ch">screening.colorettale@ti.ch</a> lo stesso giorno della consegna del kit FIT o della non-inclusione.	

SPAZIO DEDICATO AL MEDICO DI FAMIGLIA CONVENZIONATO	
<input type="checkbox"/> <b>Inclusione</b> al Programma di screening.	Luogo, data: _____  Timbro dello Studio medico  Firma del Medico: _____
<input type="checkbox"/> <b>Esclusione temporanea</b> dal Programma di screening. Data nuovo invito: __/__/____	
<input type="checkbox"/> <b>Esclusione definitiva</b> dal Programma di screening. Se non già indicato, specificare il motivo: _____	
→ Ritornare il questionario a <a href="mailto:ti.screening@hin.ch">ti.screening@hin.ch</a> lo stesso giorno della consultazione. In caso di inclusione, il kit FIT sarà inviato dal CPST al domicilio del Partecipante entro qualche giorno dalla ricezione del questionario.	