



# SCREENING MAMMOGRAFICO CANTON TICINO

## QUESTIONARIO SULLO STATO DI SALUTE

Da compilare e consegnare al Centro di Radiologia  
il giorno fissato per la mammografia.

Numero di riferimento:

### Dati personali

Cognome:		Cognome da nubile:	
Nome:		Data di nascita:	
Indirizzo:		NAP e Luogo:	
Telefono privato:		Nazionalità:	
Telefono ufficio:		Cassa malati:	
Telefono cellulare:		N° assicurato della Cassa malati:	
E-mail:		Osservazioni:	

### Medico Ginecologo di fiducia \*

### Altro Medico di fiducia \*

Cognome:		Cognome:	
Nome:		Nome:	
Indirizzo:		Indirizzo:	
NAP e Luogo:		NAP e Luogo:	
Telefono:		Telefono:	

\* Qualora non indicasse un Medico di fiducia e/o in caso di risultato positivo della Sua mammografia e/o in presenza di protesi mammarie e/o seni densi, il referto dell'esame sarà inviato al Medico Radiologo 1° Lettore e/o Responsabile del Centro di Radiologia da Lei scelto.

<b>1. Ha già eseguito una mammografia prima d'ora?</b>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
<b>Se sì, quando?</b>	Data: __/__/____	Nome Istituto: _____
<b>Se sì, per quale motivo?</b>	<input type="checkbox"/> screening <input type="checkbox"/> avevo un problema al seno <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> non lo so	
<b>2. Attualmente, segue una terapia ormonale per la menopausa?</b>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, da _____ anni
<b>Se no, in passato ha già seguito una terapia ormonale per la menopausa?</b>	<input type="checkbox"/> no, non ne ho mai seguita una <input type="checkbox"/> sì, ma non più da _____ anni, il trattamento all'epoca è durato: _____ anni	



# SCREENING MAMMOGRAFICO CANTON TICINO

<b>3. Sua madre, Sua sorella o Sua figlia hanno avuto un tumore del seno?</b>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì		
<b>Se sì, per favore indichi il grado di parentela e l'età:</b>	<b>Sua madre</b>	<b>Sua sorella</b>	<b>Sua figlia</b>	<b>Altro: _____</b>
50 anni e oltre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
meno di 50 anni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
non lo so	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>4. Attualmente, presenta un problema al seno?</b>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì		
<b>Se sì, si tratta di:</b>	<b>Seno destro</b>		<b>Seno sinistro</b>	
dolore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
secrezione capezzolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nodulo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
altro (per favore, specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>5. In passato, ha già avuto un problema o è stata operata al seno?</b>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì		
<b>Se sì, si trattava di:</b>	<b>Seno destro</b>	<b>Seno sinistro</b>	<b>Per favore, specificare</b>	<b>Anno</b>
un'affezione benigna (cisti, fibroma, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
un tumore del seno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
un'operazione estetica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
altro (per favore, specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

## IMPORTANTE – Spiegazioni riguardanti l'utilizzo dei Suoi dati e **Consenso Informato**

### Con la mia firma confermo che:

- ho ricevuto un'esauritiva informazione sulla diagnosi precoce del tumore del seno e sul funzionamento del programma cantonale di screening mammografico e ho letto e compreso la brochure informativa allegata alla lettera d'invito.

### Con la mia firma fornisco il mio consenso affinché:

- i miei dati anagrafici e i miei dati medici rilevanti, come pure le immagini delle mie precedenti mammografie e quelle del mio attuale esame mammografico, siano archiviati centralmente, trasmessi e visionati dal Centro programma screening Ticino;
- i miei dati anagrafici e i miei dati medici rilevanti, come pure le immagini delle mie precedenti mammografie e quelle del mio attuale esame mammografico, siano trasmessi e visionati dai Medici Radiologi accreditati a fini diagnostici;
- il risultato della mia attuale mammografia di screening e dei dati medici sia trasmesso dal Centro programma screening Ticino al/i Medico/i di fiducia da me riportato/i nel presente questionario oppure, qualora non lo/i avessi indicato/i, al Medico Radiologo 1° Lettore e/o Responsabile del Centro di Radiologia presso cui ho eseguito l'esame;
- i risultati degli eventuali esami supplementari e l'indicazione/esecuzione dei trattamenti medici, a cui potrei essere sottoposta a seguito della mammografia di screening, siano trasmessi al Centro Programma Screening Ticino / Registro cantonale dei tumori. Con la presente, esonero, pertanto, il/i Medico/i di fiducia da me riportato/i nel presente questionario oppure i Medici Radiologi accreditati oppure il/i Medici che eseguiranno gli esami supplementari e i trattamenti medici, dall'obbligo del segreto medico nei confronti del Centro Programma Screening Ticino / Registro cantonale dei tumori e nel rispetto delle prescrizioni legali inerenti la protezione dei dati;
- i miei dati siano utilizzati dal Centro programma screening Ticino / Registro cantonale dei tumori, in forma anonima e nel rispetto delle prescrizioni legali concernenti la protezione dei dati, a scopo statistico per i controlli di qualità e la valutazione dell'efficacia del Programma cantonale di screening mammografico;
- in caso di cambiamento del mio domicilio in un altro Cantone in Svizzera, il mio dossier completo sia trasmesso al Programma di screening mammografico di competenza.

**Luogo, Data:**

**Firma:**