

Cognome e nome: _____

Data di nascita : _____

Ha mai fatto una mammografia? ☐ Sì ☐ No

☐ No

Se sì, quando? _____

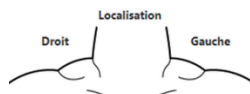
Dove? _____

Sintomi :

Ha attualmente problemi al seno?

☐ Sì ☐ No

- Se **sì**, in quale regione e con quale problema



*Segnare l'area con una croce sul disegno.

☐ Nodulo

☐ Il dolore

☐ Retrazione del capezzolo

☐ Altro : _____

Storia personale :

È incinta o rischia di esserlo?

☐ Sì ☐ No

Sta allattando o ha mai allattato

☐ Sì ☐ No

Contraccezione :

☐ Sì ☐ No

Numero di gravidanze :

Numero di parti :

Data dell'ultima mestruazione :

Menopausa :

☐ Sì ☐ No

- Se **sì**, sta seguendo una terapia ormonale?

☐ Sì ☐ No

Ha subito uno dei seguenti interventi?

- Isterectomia (rimozione dell'utero e delle tube di Falloppio)
- Ovariectomia (rimozione delle ovaie)
- Seno (biopsia di cisti/noduli, riduzione del seno)
- Altro : _____

☐ Sì ☐ No

☐ Sì ☐ No

☐ Sì ☐ No

Porta delle protesi mammarie?

☐ Sì ☐ No

- Se **sì**,
Che tipo di protesi?

☐ Silicone ☐ Soluzione

Anno di realizzazione :

Ha avuto casi di rottura ?

☐ Sì ☐ No

Anamnesi familiare positiva :

Ci sono casi di cancro al seno nella sua famiglia?

☐ Sì ☐ No

- Se **sì**, quale membro della famiglia è coinvolto?

	☐ Madre	☐ Sorella	☐ Figlia	☐ Altro
Oltre i 50 anni	☐	☐	☐	☐
Sotto i 50 anni	☐	☐	☐	☐

Ci sono altri casi di tumore in famiglia?

☐ Utero / ovaie ☐ Colon ☐ Pancreas ☐ Prostata

Cancro al seno :

Ha o ha mai avuto un tumore al seno?

☐ Sì ☐ No

- Se **sì**,
In quale anno : _____

Quale lato del seno? ☐ A sinistra ☐ A destra ☐ Entrambe le parti

Ha subito un intervento chirurgico?

☐ Sì ☐ No

Che tipo di intervento?

☐ Mastectomia
☐ Tumorectomia
☐ Dissezione ascellare

Ha fatto qualche trattamento?

☐ Radioterapia
☐ Chemioterapia
☐ Terapia ormonale
☐ Immunoterapia

Ha fatto uno screening genetico?

☐ Sì ☐ No

È risultato : ☐ Positivo ☐ Negativo

Data: _____

Firma: _____