



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:		Cassa malati:	
E-mail:		N° assicurato della Cassa malati:	

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.

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

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

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

5. In passato, ha già avuto un problema o è stata operata al seno?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì		
Se sì, si trattava di:	Seno destro	Seno sinistro	Per favore, specificare	Anno
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'esaustiva 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:

Centro programma screening Ticino

Via A. Ciseri, 10, CH-6600 Locarno

tel.: +41 (0)91 816 25 01; fax: +41 (0)91 816 25 19

e-mail: screening.mammografico@ti.ch; sito-Internet: www.ti.ch/screening



Repubblica e Cantone Ticino
Dipartimento della sanità e della socialità