



...Ricordati di Te.
Prevenire è... vivere!



CAMPAGNA DI SCREENING

Data di nascita _____

COGNOME _____ NOME _____

Residente a _____ Via _____

Tel _____ Medico di Medicina Generale _____

ANAMNESI FAMILIARE

Neoplasie famigliari alla mammella:

☐ padre ☐ madre ☐ sorelle ☐ altra parentela (specificare): _____

Neoplasie famigliari di altro tipo: ☐ NO ☐ SI specificare _____

☐ padre ☐ madre ☐ sorelle ☐ altra parentela (specificare): _____

ANAMNESI PERSONALE

Neoplasie personali: ☐ NO ☐ SI ☐ in passato ☐ in atto
☐ mammella ☐ altro _____

età prima mestruazione (menarca) _____

Terapia ormonale: ☐ NO ☐ SI ☐ in precedenza ☐ in atto

Specificare il farmaco _____

Precedente mammografia: ☐ NO ☐ SI data _____

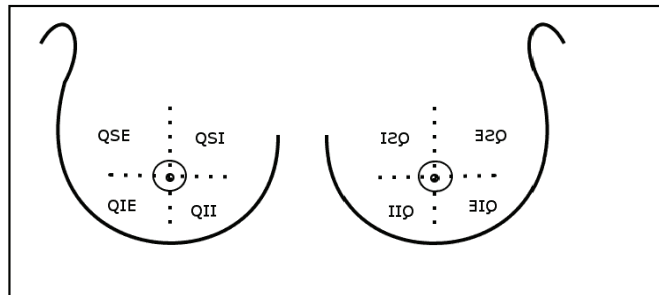
Precedente ecografia mammaria : ☐ NO ☐ SI data _____

Gravidanze a termine: ☐ NO ☐ SI numero _____

Allattamento: ☐ NO ☐ SI mesi _____

Menopausa: ☐ NO ☐ SI età _____

☐ fisiologica ☐ chirurgica

Dolore mammario☐ NO☐ SI**Alterazioni morfologiche delle mammelle nell'ultimo semestre**☐ NO☐ SI☐ noduli (se sì specificare)☐ ombelicazione cutanea (se sì specificare)☐ retrazione capezzolo (se sì specificare)☐ asimmetria capezzoli (se sì specificare)☐ secrezione capezzolo (se sì specificare)☐ linfonodi ascellari (se sì specificare)**Grandezza seno**☐ Piccolo (1^a-2^a misura)☐ Medio (3^a-4^a misura)☐ Grande (5^a-oltre)

Note :

Data visita clinica _____ Firma _____