

CONFIDENZIALE

Vi sono elementi che fanno supporre una predisposizione al cancro del seno e alle patologie tumorali ad esso associate?

Nome / cognome:

Data di nascita: Domicilio:

Le seguenti domande consentono al Suo medico di valutare in base alle malattie verificatesi nella Sua famiglia attraverso le generazioni, se potrebbe sussistere una predisposizione alle malattie tumorali, in particolare al cancro del seno e dell'ovaio ereditario.

Per eventuali problemi di comprensione La preghiamo di rivolgersi direttamente al suo medico.

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| 1. Ha avuto una malattia tumorale prima del compimento di 51 anni ? | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> non so |
| 2. Dei parenti (p.es. genitori, fratelli o sorelle, figli, nonni, zii/zie) si sono ammalati di cancro prima del compimento di 51 anni? | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> non so |
| In caso affermativo: ha parenti che si sono ammalati di cancro da giovani, vale a dire prima del compimento di 36 anni? | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> non so |
| 3. È stato diagnosticato a Lei o a Suoi parenti un cosiddetto „ cancro del seno triplo negativo “? (vale a dire un cancro che non presenta le "antenne" estrogeno, progesterone o HER2) | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> non so |
| 4. Ha parenti che hanno avuto il cancro del seno bilaterale? | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> non so |
| 5. Ha parenti che hanno avuto il cancro dell'ovaio? | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> non so |
| 6. Ha parenti maschi che si sono ammalati di cancro del seno ? | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> non so |
| 7. Ha parenti cui è stata riscontrata una predisposizione al cancro in base a un test genetico? | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> non so |
| 8. È di origine ebrea?
(frequente presenza di determinate mutazioni genetiche presso gli ebrei aschenaziti) | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> non so |

Se ha risposto **sì** a una di queste domande Le raccomandiamo di scrivere su un foglio a parte la storia completa della Sua famiglia (nome, grado di parentela, tipo di malattia tumorale ed età all'inizio della malattia) e di consegnarlo al Suo medico.

Osservazioni:

(indichi qui sotto anche altre eventuali malattie genetiche di cui soffre o che sono presenti nella sua famiglia)