

Registrazione e Modulo di Consenso

IMPORTANTE – Legga le istruzioni riportate qui sotto

Compili questo modulo e lo porti con sé al suo appuntamento per fare la mammografia.

Scriva in STAMPATELLO o metta una crocetta e firmi il modulo di consenso.

Controlli la correttezza dei dati pre-compilati e aggiunga quelli mancanti. Ad esempio **Si** **No**

BreastScreen
Victoria

I dati forniti nello spazio sottostante potrebbero essere utilizzati per contattarla e lasciarle un messaggio presentandoci come BreastScreen Victoria

<input type="checkbox"/> Sig.ra	<input type="checkbox"/> Sig.na	<input type="checkbox"/> Altro _____	Data di nascita	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				G	G	M	M	A	A	A	A
Cognome _____			Cellulare _____								
Nome _____			Casa _____								
Cognome alla nascita _____			Lavoro _____								
Email _____											
Indirizzo _____											
Recapito postale _____											

1 Nazione di nascita

2 Parla una lingua diversa dall'inglese a casa?

Si **No** (se la risposta è No, vada alla domanda 3)

Se la risposta è **Si**, qual è la lingua principalmente parlata a casa?

3 È di discendenza aborigena o delle Isole dello Stretto di Torres?

Si **No** (se la risposta è No, vada alla domanda 4)

Se la risposta è **Si**, lei è Aborigena Abitante delle Isole dello Stretto di Torres Aborigena e Abitante delle Isole dello Stretto di Torres

4 I risultati della mammografia le verranno inviati per posta. Se desidera che una copia venga anche spedita al suo medico / ai suoi medici o allo specialista della mammella, ci fornisca i dati nello spazio sottostante.

Medico _____
Nome della clinica _____

Indirizzo _____

_____ Codice postale _____
Numero di telefono _____

Medico _____
Nome della clinica _____

Indirizzo _____

_____ Codice postale _____
Numero di telefono _____

A BreastScreen Victoria non facciamo mammografie a donne incinta o che stanno allattando.

Le consigliamo di aspettare almeno tre mesi dopo aver smesso di allattare, prima di sottoporsi ad una mammografia.

5 È o potrebbe essere incinta?

Si **No**

6 Sta allattando?

Si **No**

7 Sta facendo uso di Terapia Ormonale Sostitutiva (HRT) al momento?

Si **No** (se la risposta è No, vada alla domanda 8)

Se la risposta è **Si**, ha iniziato ad usare HRT dopo l'ultima mammografia effettuata?

Si **No**

8 La sua ultima mammografia è stata effettuata al di fuori del programma di BreastScreen Victoria?

Si **No** (se la risposta è No, vada alla domanda 9)

Se la risposta è **Si**, indichi il luogo e, anche approssimativamente, la data (mese e anno).

Luogo

Data

M M A A A A

9 A qualcuno dei suoi familiari (consanguinei) è mai stato diagnosticato un cancro alla MAMMELLA?

Includa **solo**: madre, padre, sorella, fratello, figlia, figlio, zia, zio, sorellastra, fratellastro, nonna, nonno o nipote.

Si **No** **Non so**

Se la risposta è **Si**, la preghiamo di compilare la seguente tabella:

Familiare (ad esempio MADRE)	Età in cui è stato diagnosticato il cancro (se non si è sicuri, ne dia un'indicazione approssimativa)	Dove è stato trovato il cancro alla mammella			Ramo della famiglia	
		Una mammella	Entrambe	Non so	Ramo materno	Ramo paterno
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le domande 10 e 11 si riferiscono SOLO al cancro alle ovaie; NON ad altri tipo di cancro addominale, alla cervice o all'utero.

10 A qualcuno dei suoi consanguinei è mai stato diagnosticato il cancro alle ovaie? **Si** **No** **Non so**

Includa **solo**: madre, sorella, figlia, zia, sorellastra, nonna o nipote.

Se la risposta è **Si**, la preghiamo di compilare la seguente tabella:

Familiare	Ramo materno	Ramo paterno
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 Ha avuto il cancro alle ovaie in passato? **Si** **No**

12 Ha avuto il cancro alla mammella o DCIS (pre-tumorale) in passato? **Si** **No** (se la risposta è No, vada alla domanda 13)

Se la risposta è **Si**, la mammella è stata trattata tramite

Chirurgia conservativa (rimozione del nodulo)

Mastectomia (rimozione della mammella)

Altro, indichi cosa

In quale mammella? Destra Sinistra

In che anno le è stato diagnosticato?
A A A A

13 Ha mai avuto interventi chirurgici alle mammelle in passato (escludendo protesi al seno)? **Si** **No** **Destra** **Sinistra**

Se **Si**, Negli ultimi due anni Più di due anni fa Se più di due anni fa, approssimativamente in che anno?
A A A A

BreastScreen è un programma per donne sane che NON presentano sintomi di patologie alla mammella. Se ha dei sintomi vada dal suo medico PRIMA di venire a BreastScreen.

14 Ha dei noduli alla mammella che può sentire al tatto AL MOMENTO? **Si** **No** (se la risposta è No, vada alla domanda 15)

Se la risposta è **Si**, in quale mammella è il nodulo?

Destra Sinistra

Il nodulo è presente da meno di 12 mesi?

Si **No**

Il suo medico ha esaminato il nodulo?

Si **No**

15 Ha secrezioni acquose o con presenza di sangue dai capezzoli AL MOMENTO? **Si** **No** (se la risposta è No, vada alla domanda 16)

Se la risposta è **Si**, le secrezioni hanno presenza di sangue o sono acquose?

Presenza di sangue Acquose

Le secrezioni sono nel capezzolo di quale mammella?

Destra Sinistra

Le secrezioni sono presenti da meno di 12 mesi?

Si **No**

Il suo medico ha esaminato le secrezioni?

Si **No**

16 Ha qualche altro sintomo di patologie alla mammella AL MOMENTO? **Si** **No** **Destra** **Sinistra**

(Se la risposta è No, vada alla domanda 17) Se **Si**, specifichi

17 Autorizza BreastScreen Victoria ad ottenere o condividere le immagini della mammella e i relativi fascicoli allo scopo di poterli confrontare e ai fini della sua cura, come descritto nella Scheda Informativa BreastScreen Victoria? **Si** **No**

Firmando nello spazio sottostante dichiaro di aver letto e capito la *Scheda Informativa BreastScreen Victoria*.
Dichiaro che le informazioni fornite in questo modulo sono esatte. Do il mio consenso a partecipare al programma di BreastScreen.
Sono al corrente del fatto che in qualsiasi momento posso fare domande, chiedere che venga interrotta la mammografia o ritirarmi dal programma.

Firma

Nome

Data / /
G G M M A A A A