



Gentile Signora,

innanzitutto La ringraziamo per aver scelto lo STUDIO MEDICO "BONDANI" per sottoporsi a **MAMMOGRAFIA**.

Desideriamo informarla su alcuni aspetti circa l'esame; la mammografia non è un esame infallibile e che ha dei limiti non riconoscendo un certo numero di tumori (circa il 15-20%), ovvero in termini pratici ha un'accuratezza di circa il 75-90%. Per ridurre ancora questo margine di fallibilità, è importante, oltre al nostro massimo impegno, disporre della **Sua disponibilità e collaborazione** fornendoci alcune informazioni circa la Sua storia clinica ed il motivo per cui ha deciso di sottoporsi a mammografia, compilando il questionario nella maniera più completa ed esauriente possibile.

La informiamo che in mammografia si **usano Radiazioni ionizzanti che potrebbero essere nocive al feto**; pertanto, è importante che Lei segnali il Suo stato al Medico Radiologo o al Tecnico di Radiologia.

Inoltre, se fosse portatrice di **PROTESI MAMMARIE**, è pregata di farlo presente al Medico Radiologico o, meglio, al Tecnico di Radiologia prima dell'esecuzione dell'esame al fine di evitare errori di esposizione e decidere la tecnica più corretta. L'apparecchio in dotazione al nostro Studio è di ultima generazione e dotato di un computer predisposto per stabilire automaticamente la minore e migliore dose possibile di radiazioni e la presenza di protesi potrebbe determinare errori tecnici. All'accensione dell'apparecchio per mammografia e all'inizio di ogni seduta di lavoro, vengono eseguiti test per controllare la qualità degli esami e la dose erogata.

Le consigliamo di accingersi all'esecuzione della mammografia con serenità. Può succedere che il Medico Radiologo La richiami per sottoporsi a radiografie aggiuntive di approfondimento: **questo avviene normalmente per compilare un referto più accurato e non deve assolutamente crearLe ansia e preoccupazione**.

Infine, è importante poter confrontare l'esame con eventuali mammografie precedenti al fine di riconoscere eventuali cambiamenti della struttura delle mammelle o la comparsa di piccole nuove nodulazioni. Pertanto, La invitiamo a voler portare sempre con sé l'ultima mammografia e/o ecografia.

Il personale dello Studio è a Sua disposizione per ogni chiarimento.

Grazie per la Sua collaborazione.

#### DATI GENERALI

Cognome: ..... Nome: ..... Nata il: .....  
Indirizzo: ..... Cap: ..... Città: .....  
Medico Curante: ..... Data esame: .....

**DATA ULTIMA MESTRUAZIONE :** .....

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Menopausa spontanea a meno di 40 anni   | <input type="checkbox"/> Asportazione chirurgica di utero ed ovaie                  |
| <input type="checkbox"/> Menopausa spontanea a più di 40 anni.   | <input type="checkbox"/> Asportazione chirurgica solo delle ovaie a meno di 40 anni |
| <input type="checkbox"/> Asportazione chirurgica solo dell'utero | <input type="checkbox"/> Asportazione chirurgica solo delle ovaie a più di 40 anni  |

#### ANTECEDENTI PERSONALI

**PUO' INDICARE L'ETA' DELLA PRIMA MESTRUAZIONE ED IL RITMO DELLE MESTRUAZIONI?**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Meno di 12 anni  | <input type="checkbox"/> Più di 14 anni | <input type="checkbox"/> con ritmo regolare   |
| <input type="checkbox"/> Fra 12 – 14 anni |   | <input type="checkbox"/> con ritmo irregolare |

**PRIMA GRAVIDANZA A TERMINE ED ALLATTAMENTO GLOBALE.**

- |                                    |  |   |
|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Non figli | <input type="checkbox"/> 1° figlio a meno di 30 anni | <input type="checkbox"/> allattato per più di 4 mesi  |
| <input type="checkbox"/> Un figlio | <input type="checkbox"/> 1° figlio a più di 30 anni  | <input type="checkbox"/> allattato per meno di 4 mesi |
| <input type="checkbox"/> Più figli |  | <input type="checkbox"/> senza allattamento           |

**FA USO DI TERAPIA ORMONALE?**

- |                                       |   |               |
|---------------------------------------|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> Nessuna      | <input type="checkbox"/> Estrogeni-progestinici | Farmaci ..... |
| <input type="checkbox"/> Estrogeni    | <input type="checkbox"/> Imprecisata            | .....         |
| <input type="checkbox"/> Progestinici | <input type="checkbox"/> Altri farmaci          | .....         |

**TRA I SUOI PARENTI STRETTI E' STATO DIAGNOSTICATO UN TUMORE MALIGNO MAMMARIO?**

- |                                    |  |  |
|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nessuna   | <input type="checkbox"/> Madre e sorella       | <input type="checkbox"/> Familiarità paterna |
| <input type="checkbox"/> Madre     | <input type="checkbox"/> Nonna materna         | <input type="checkbox"/> Altri               |
| <input type="checkbox"/> Sorella/e | <input type="checkbox"/> Zia materna e/ cugine | <input type="checkbox"/> Figli               |

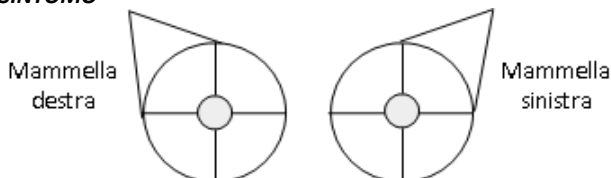
<input type="checkbox"/> Nessuna	<i>Ha subito interventi limitati per:</i>	<b>Dx</b>	<b>Sin</b>
<input type="checkbox"/> Mastite	<input type="checkbox"/> Mastite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Trauma	<input type="checkbox"/> Trauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mastopatia fibro-cistica	<input type="checkbox"/> Mastopatia fibro-cistica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fibroadenoma	<input type="checkbox"/> Fibroadenoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Altra benigna	<input type="checkbox"/> Altra benigna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Carcinoma (mastectomia)	<input type="checkbox"/> Carcinoma (QUART)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SINTOMATOLOGIA**

**PER QUALE MOTIVO EFFETTUA L'ESAME ODIERNO?**

<input type="checkbox"/> Prevenzione	<input type="checkbox"/> Tumefazione non dolente	<input type="checkbox"/> Alterazione del capezzolo	<b>Dx</b>	<b>Sin</b>
<input type="checkbox"/> Dolore locale	<input type="checkbox"/> Nodulo/1	<input type="checkbox"/> Linfonodi ascellari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sindrome premenstruale	<input type="checkbox"/> Secrezione del capezzolo	<input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tumefazione dolente	<input type="checkbox"/> Alterazione della cute		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**INDICHI LA SEDE DELLA LESIONE O DEL SINTOMO**



**QUANTO TEMPO E' TRASCORSO TRA SINTOMO ED ESAME?**

<input type="checkbox"/> Meno di 1 mese	<input type="checkbox"/> Tra 3 e 6 mesi	<input type="checkbox"/> Più di 1 anno
<input type="checkbox"/> Tra 1 e 3 mesi	<input type="checkbox"/> Tra 6 mesi ed 1 anno	<input type="checkbox"/> Più di 2 anni

**HA RILEVATO UNA VARIAZIONE DI VOLUME DELLA LESIONE O DEL SINTOMO?**

<input type="checkbox"/> Stazionario	<input type="checkbox"/> Variabile con il ciclo
<input type="checkbox"/> Non apprezzato	<input type="checkbox"/> Ridotto spontaneamente
<input type="checkbox"/> Aumento assoluto lento	<input type="checkbox"/> Ridotto dopo terapia medica
<input type="checkbox"/> Aumento rapido	<input type="checkbox"/> Invariato dopo terapia medica

**COME E' AVVENUTO IL RISCONTRO DEL SINTOMO?**

<input type="checkbox"/> Occasionale personale	<input type="checkbox"/> Durante visita senologica	<input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> Occasionale del medico	<input type="checkbox"/> Autopalpazione	

**EFFETTUA L'AUTOPALPAZIONE?**

Sì, periodica                      Sì, saltuaria                      No

**PROTESI MAMMARIE**

<input type="checkbox"/> Nessuna	<b>Dx</b>	<b>Sin</b>
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**MODULO DI INFORMAZIONE E CONSENSO PER ACCERTAMENTO DI DIAGNOSTICA SENOLOGICA**

Ho ricevuto le seguenti informazioni:

- 1) i vari esami diagnostici, anche se ripetuti, non possono evitare la comparsa del tumore alla mammella ma possono scoprirlo nelle fasi iniziali del suo sviluppo;
- 2) la diagnosi tempestiva del tumore della mammella consente di ottenere, in moltissimi casi, riduzione di mortalità con ricorso a terapie meno aggressive;
- 3) un 15-20% circa dei tumori della mammella non si vede con la mammografia per cui è talora necessario integrare la mammografia con l'ecografia e con la visita senologica;
- 4) l'integrazione della mammografia con altri esami serve soprattutto nei casi di "mammella densa" alla mammografia; sottoporsi alla sola ecografia dopo i 40 anni, se non c'è indicazione, non solo è inutile ma può comportare aumento dei "falsi positivi" e quindi interventi chirurgici inutili;
- 5) nonostante l'esecuzione di più test diagnostici, un 10-15% circa dei tumori della mammella non si lascia riconoscere e si rende evidente solo nei controlli successivi;
- 6) è importante pertanto rispettare la "periodicità dei controlli" per recuperare in tempo utile alla cura i tumori già presenti ma non diagnosticati.

Firma della Paziente: .....

**SPAZIO PER IL MEDICO RADIOLOGO**

.....

.....

.....