



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



CAMPAGNA DI SCREENING

in collaborazione con l'Istituto Polispecialistico Bergamasco

IPB
ISTITUTO POLISPECIALISTICO BERGAMASCO

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 si specificare)

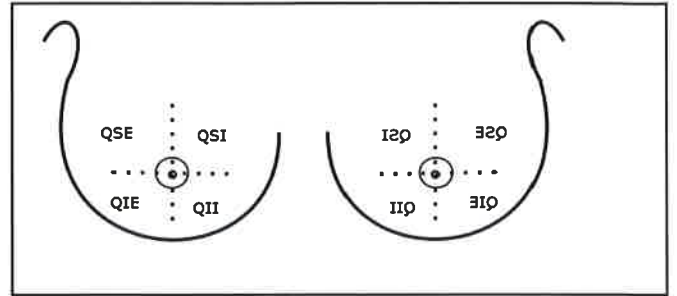
ombelicatura cutanea (se si specificare)

retrazione capezzolo(se si specificare)

asimmetria capezzoli (se si specificare)

secrezione capezzolo(se si specificare)

linfonodi ascellari (se si specificare)



Note :

Data visita clinica _____ Firma _____