



...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

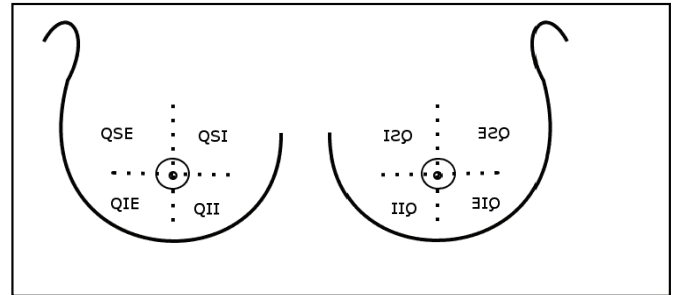
Dolore mammario

NO SI

Alterazioni morfologiche delle mammelle nell'ultimo semestre

NO SI

- noduli (se sì specificare)
- ombellicatura 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 _____