

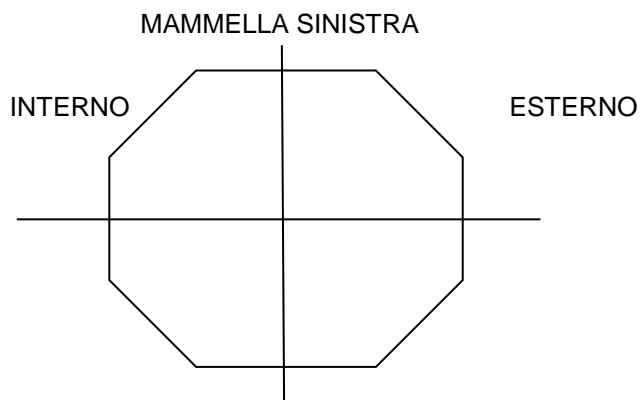
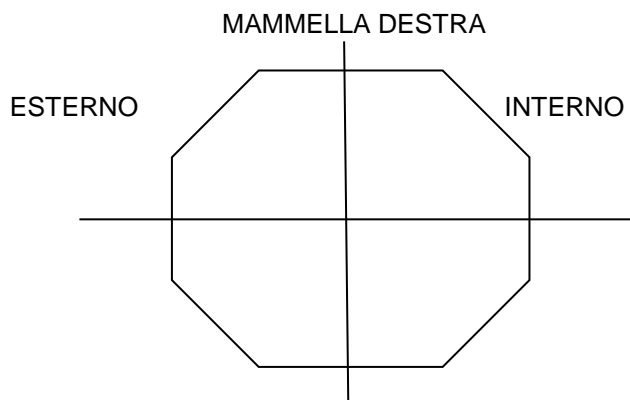
COGNOME _____ NOME _____

INDIRIZZO _____ TELEFONO _____

DATA DI NASCITA _____ ETA' _____

PRESENZA DI NODULI ALLA PALPAZIONE SI NO

SE SI DOVE:



Possibile gravidanza in atto SI NO

Uso prolungato di contraccettivi orali SI NO

Numero Gravidanze _____

Numero allattamenti _____ Mesi di allattamento _____

Data o età ultime mestruazioni _____

Menopausa NO SI naturale

Se chirurgica quale intervento _____
quando _____

Terapie ormonali dopo la menopausa NO SI

Interventi chirurgici mammari NO SI

SE SI:

Data intervento _____ SENO DESTRO SINISTRO

Specificare l'intervento _____

Chemioterapia postoperatoria NO SI

Radioterapia postoperatoria NO SI

Neoplasie mammarie in parenti consanguinei (madre, sorella, nonna, ecc..) NO SI

E' in possesso di mammografie precedenti NO SI

Data di compilazione: _____