

QUESTIONARIO DI FAMILIARITA' ONCOLOGICA

La maggior parte dei tumori sono sporadici, ossia non ereditari, e la loro incidenza aumenta con l'età. Familiarità ed ereditarietà sono due concetti differenti, ma la presenza in famiglia di consanguinei affetti, in età precoce, può porre il sospetto di una predisposizione genetica a sviluppare la malattia.

Le informazioni sulla storia personale e familiare che ci fornirà tramite questo questionario sono atte a valutare l'eventuale indicazione ad approfondimenti di natura genetica.

La preghiamo di compilare il questionario seguendo le istruzioni sotto riportate, al fine di raccogliere nel modo più dettagliato possibile la storia familiare.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali e familiari, ai sensi dei D.lgs. 196 del 30 giugno 2003 e 101 del 10 agosto 2018, e dichiaro di aver fornito le informazioni / documentazione dei miei familiari con il loro consenso.

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

- Compilare il questionario **in ogni sua parte**;
- Indicare negli appositi spazi **tutti** i parenti **sia sani che affetti**; **sia viventi che deceduti**;
- Se non si conoscono date e/o età precise si prega di **approssimare**;
- **Allegare** quando possibile i **referti istologici ed eventuali analisi genetiche** precedentemente effettuate dal paziente e dai familiari.
- Il questionario di familiarità oncologica compilato, andrà inviato all'indirizzo email: genetica.oncologica@asst-santipaolocarlo.it o consegnato ai medici di riferimento, che provvederanno successivamente ad inviarcelo.
- Per qualsiasi dubbio e/o necessità di chiarimento è possibile contattarci all'indirizzo mail genetica.oncologica@asst-santipaolocarlo.it.

Grazie per la gentile collaborazione

Data ___/___/___

Firma _____

SCHEDA ANAGRAFICA

Cognome e Nome			
Data e Luogo di nascita	__/__/__ a		
Residenza	Indirizzo		
	Città		Provincia
Contatti	Telefono		
	E-mail		

Ha avuto un tumore? NO SI

Se sì, indicare il tipo di tumore _____ Età alla diagnosi: _____

Se sì, indicare il tipo di tumore _____ Età alla diagnosi: _____

Se sì, indicare il tipo di tumore _____ Età alla diagnosi: _____

Medico Inviante

SCHEDA ANAMNISTICA GINECOLOGICA

Età prima mestruazione		Menopausa	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Età Menopausa	
Età prima gravidanza		Allattamento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
Uso di contraccettivi orali	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Mesi cumulativi totali di uso			

STORIA FAMILIARE

FIGLI

Ha o ha avuto figli maschi? NO SI, n. ____ Ha o ha avuto figlie femmine? NO SI, n. ____

COGNOME e NOME	Sesso	E' vivente?			Ha avuto un tumore?			Sede e tipo di tumore	Età alla diagnosi
	M/F	Sì (età attuale)	No (età decesso)	Non so	Sì	No	Non so		
				<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"/>		

FRATELLI E SORELLE

Ha o ha avuto fratelli? NO SI, n. ____ Ha o ha avuto sorelle? NO SI, n. ____

COGNOME e NOME	Sesso	E' vivente?			Ha avuto un tumore?			Sede e tipo di tumore	Età alla diagnosi
	M/F	Sì (età attuale)	No (età decesso)	Non so	Sì	No	Non so		
				<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"/>		

NIPOTI

Ha o ha avuto nipoti da parte dei suoi fratelli/sorelle? NO SI, n. ____

COGNOME e NOME (Figlio di)	Sesso	E' vivente?			Ha avuto un tumore?			Sede e tipo di tumore	Età alla diagnosi
	M/F	Si (età attuale)	No (età decesso)	Non so	Si	No	Non so		
				<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

FAMIGLIA PATERNA

COGNOME e NOME	E' vivente?			Ha avuto un tumore?			Sede e tipo di tumore	Età alla diagnosi
	Si (età attuale)	No (età decesso)	Non so	Si	No	Non so		
PADRE			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
NONNO PATERNO			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
NONNA PATERNA			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

ZII E ZIE PATERNE

Suo padre ha o ha avuto fratelli? NO SI, n. ____ Suo padre ha o ha avuto sorelle ? NO SI, n. ____

COGNOME e NOME	Sesso	E' vivente			Ha avuto un tumore?			Sede e tipo di tumore	Età alla diagnosi
	M/F	Si (età attuale)	No (età decesso)	Non so	Si	No	Non so		
				<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

CUGINI PATERNI (figli degli zii e zie paterne)

Ha o ha avuto cugini paterni? NO SI, n. ____

COGNOME e NOME (Figlio di)	Sesso	E' vivente?			Ha avuto un tumore?			Sede e tipo di tumore	Età alla diagnosi
	M/F	Si (età attuale)	No (età decesso)	Non so	Si	No	Non so		
				<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

FAMIGLIA MATERNA

COGNOME e NOME	E' vivente?			Ha avuto un tumore?			Sede e tipo di tumore	Età alla diagnosi
	Si (età attuale)	No (età decesso)	Non so	Si	No	Non so		
MADRE			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
NONNO MATERNO			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
NONNA MATERNA			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

ZII E ZIE MATERNE

Suo madre ha o ha avuto fratelli? NO SI, n. ____ Suo madre ha o ha avuto sorelle? NO SI, n. ____

COGNOME e NOME	Sesso M/F	E' vivente?			Ha avuto un tumore?			Sede e tipo di tumore	Età alla diagnosi
		Si (età attuale)	No (età decesso)	Non so	Si	No	Non so		
				<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"/>		

CUGINI MATERNI (figli degli zii e zie materne)

Ha o ha avuto cugini materni? NO SI, n. ____

COGNOME e NOME (Figlio di)	Sesso M/F	E' vivente?			Ha avuto un tumore?			Sede e tipo di tumore	Età alla diagnosi
		Si (età attuale)	No (età decesso)	Non so	Si	No	Non so		
				<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

ALTRI FAMILIARI DA SEGNALARE

COGNOME e NOME e grado di parentela	Sesso		E' vivente?			Ha avuto un tumore?			Sede e tipo di tumore	Età alla diagnosi
	M/F		Si (età attuale)	No (età decesso)	Non so	Si	No	Non so		
					<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"/>		

DOMANDE

.....

.....

.....

.....

.....

.....