

## CONFIDENZIALE

### Ci sono segni di una predisposizione per il cancro al seno e malattie tumorali ad esso associate?

Nome / cognome:

Data di nascita:

Luogo di residenza:

Le domande seguenti servono al suo medico per valutare, sulla base della storia medica familiare, se lei presenta una predisposizione per le malattie tumorali, soprattutto per il cancro ereditario al seno e dell'ovaio.

Se ha domande di comprensione, si rivolga direttamente al suo medico.

- |    |   |                          |                          |                                 |
|----|---|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| 1. | Ha manifestato un <b>cancro prima dei 51 anni di età</b> ?  | <input type="radio"/> Sì | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Non lo so |
| 2. | Ha <b>familiari</b> (per es. genitori, fratelli e sorelle, figli, bisnonni, zii o zie) che si sono <b>ammalati di cancro prima dei 51 anni di età</b> ?   | <input type="radio"/> Sì | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Non lo so |
|    | Se sì: alcuni familiari si sono ammalati di cancro particolarmente presto, vale a dire <b>prima dei 36 anni di età</b> ?  | <input type="radio"/> Sì | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Non lo so |
| 3. | È stato diagnosticato a lei o ai suoi familiari un cosiddetto <b>«cancro al seno triplo negativo»</b> ? (Vale a dire che il cancro non mostra recettori né per gli estrogeni, né per il progesterone né per l'HER2) | <input type="radio"/> Sì | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Non lo so |
| 4. | Ha familiari che si sono ammalati di <b>cancro al seno bilaterale</b> (cioè a entrambi i seni)?   | <input type="radio"/> Sì | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Non lo so |
| 5. | Ha familiari che si sono ammalati di <b>cancro dell'ovaio</b> ?   | <input type="radio"/> Sì | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Non lo so |
| 6. | Ha familiari di sesso <b>maschile</b> che si sono ammalati di <b>cancro al seno</b> ?   | <input type="radio"/> Sì | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Non lo so |
| 7. | Nei familiari è stata diagnosticata una predisposizione tumorale <b>mediante test genetico</b> ?  | <input type="radio"/> Sì | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Non lo so |
| 8. | Lei è di <b>origine ebrea</b> ? (maggior frequenza di determinate alterazioni genetiche nelle persone di origine ebrea ashkenazita)   | <input type="radio"/> Sì | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Non lo so |

Se ha risposto «sì» a una di queste domande, le raccomandiamo anche di descrivere la storia familiare completa (nome, grado di parentela, tipo di malattia tumorale ed età di insorgenza della malattia) su un foglio separato da consegnare al suo medico.

**Osservazioni:** (vi riporti anche eventuali malattie ereditarie di cui soffre o note in famiglia)