



...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)

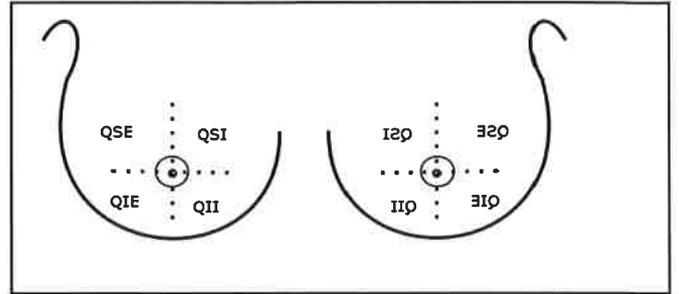
ombelicatura cutanea (se si specificare)

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 \_\_\_\_\_