

CONFIDENZIALE

Questionario standard sui rischi familiari per il cancro al seno e per le malattie tumorali associate

| |
|-----------------------|
| Nome / cognome: |
| Data di nascita: |
| Indirizzo / telefono: |

Rispondere a queste domande serve a valutare se lei o la sua famiglia possiate avere una predisposizione genetica per le malattie tumorali, in particolare per il cancro al seno e alle ovaie.

Per eventuali domande si rivolga ai medici che la assistono.

| | | | | | | |
|---|-----------------------|----|-----------------------|----|-----------------------|----------|
| 1. Lei o suoi familiari vi siete ammalati di cancro prima dei 51 anni ? | <input type="radio"/> | Sì | <input type="radio"/> | No | <input type="radio"/> | Non noto |
| 2. Parenti di 1° o 2° grado (figli, genitori, fratelli e sorelle, nonni, zii/zie, nipoti) si sono mai ammalati di cancro? | <input type="radio"/> | Sì | <input type="radio"/> | No | <input type="radio"/> | Non noto |
| 3. Lei o suoi familiari avete avuto un cancro al seno «triplo-negativo» (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 noto |
| 4. Lei o suoi familiari vi siete ammalati di cancro al seno bilaterale (cioè a entrambi i seni)? | <input type="radio"/> | Sì | <input type="radio"/> | No | <input type="radio"/> | Non noto |
| 5. Lei o suoi familiari vi siete ammalati di cancro alle ovaie ? | <input type="radio"/> | Sì | <input type="radio"/> | No | <input type="radio"/> | Non noto |
| 6. Ha familiari di sesso maschile che si sono ammalati di cancro al seno ? | <input type="radio"/> | Sì | <input type="radio"/> | No | <input type="radio"/> | Non noto |
| 7. È stato eseguito un test genetico per la predisposizione tumorale in familiari? | <input type="radio"/> | Sì | <input type="radio"/> | No | <input type="radio"/> | Non noto |
| 8. Lei è di origine ebrea*? | <input type="radio"/> | Sì | <input type="radio"/> | No | <input type="radio"/> | Non noto |
| 9. Si è ammalata di tumori diversi dal cancro al seno o alle ovaie? Se sì, quali? | <input type="radio"/> | Sì | <input type="radio"/> | No | <input type="radio"/> | Non noto |

* Maggior frequenza di determinate alterazioni genetiche nelle persone di origine ebrea ashkenazita.

Se ha risposto «sì» a una di queste domande, la preghiamo di descrivere la storia familiare completa / albero genealogico su un foglio separato. Esamini il questionario insieme al suo medico. Qualora dovesse risultare una costellazione con rischio più elevato, le raccomanderà una consulenza genetica.