

# Modulo di consenso e di registrazione



Scrivi in STAMPATELLO o ☒ e firma. Controlla le informazioni precompilate e aggiornale se necessario. Ad esempio: ☒ Sì ☒ No

Le tue informazioni personali sono protette per legge, tra cui la legge Health Records Act 2001 (Vic). Dobbiamo raccogliere informazioni ai sensi della legge 'Improving Cancer Outcomes Act 2014' per erogare lo screening e la valutazione del cancro al seno. I tuoi dati possono essere utilizzati a scopo di finanziamento, pianificazione e monitoraggio del nostro programma e per condurre attività di formazione e ricerca sul cancro al seno e sullo screening senologico. Leggi la nostra Informativa sulla privacy online su [breastscreen.org.au/privacy](https://breastscreen.org.au/privacy)

**I dati forniti di seguito potranno essere utilizzati per contattarci e lasciare un messaggio, identificandoci come BreastScreen Victoria.**

|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mrs <input type="checkbox"/> Miss <input type="checkbox"/> Ms <input type="checkbox"/> Altro _____ | Data di nascita <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><small>G G M M A A A A</small> |
| Cognome _____                                                                                                               | Cellulare _____                                                                                                                                                                                                               |
| Nome _____                                                                                                                  | Altri numeri di telefono _____                                                                                                                                                                                                |
| Cognome alla nascita _____                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                               |
| E-mail _____                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                               |
| Indirizzo di casa _____                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                               |
| Indirizzo postale (se differente) _____                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                               |

**D1 Paese di nascita**

**D2 A casa parli una lingua diversa dall'inglese?** ☐ Sì ☐ No (Se No, vai alla domanda D3)

Se **Sì**, qual è la lingua principale oltre all'inglese che parli a casa?

**D3 Sei di origine aborigena o delle isole dello Stretto di Torres?** ☐ Sì ☐ No (Se No, vai alla domanda D4)

Se **Sì**, sei: ☐ Aborigeno/a ☐ Isolano/a dello Stretto di Torres ☐ Aborigeno/a e isolano/a dello Stretto di Torres

**D4 I risultati dello screening senologico (mammografia) ti saranno inviati. Se desideri che una copia venga inviata anche al tuo medico o al tuo specialista in senologia, ti preghiamo di fornire i loro dati qui di seguito.**

|                                                                                                                                   |                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Medico _____<br>Nome dell'ambulatorio _____<br>_____<br>Indirizzo _____<br>_____ Codice postale _____<br>Numero di telefono _____ | Medico _____<br>Nome dell'ambulatorio _____<br>_____<br>Indirizzo _____<br>_____ Codice postale _____<br>Numero di telefono _____ |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**BreastScreen Victoria does not screen women who are pregnant or breastfeeding.**

**D5 Sei o potresti essere incinta?** ☐ Sì ☐ No

**D6 Stai allattando?** ☐ Sì ☐ No

**D7 Stai attualmente seguendo una terapia ormonale sostitutiva? (HRT, in inglese)?** ☐ Sì ☐ No (Se No, vai alla domanda Q8)

Se **Sì**, hai cominciando la terapia HRT dopo il tuo ultimo screening senologico (mammografia)?

☐ Sì ☐ No

**D8 L'ultimo screening senologico (mammografia) è stato effettuato al di fuori del programma di BreastScreen Victoria?** ☐ Sì ☐ No (Se No, vai alla domanda D9)

Se **Sì**, indica il luogo e la data (mese e anno); va bene anche una stima.

Sede  Data   /       
M M A A A A

**D9 A qualcuno dei tuoi familiari (consanguinei) è mai stato diagnosticato un cancro al seno?**

Includi **solamente**: madre, padre, sorella, fratello, figlio/a, zio/a, sorellastra, fratellastro, nonno/a, nipote femmina, nipote maschio.

☐ Sì ☐ No ☐ Non so

Se **Sì**, ti preghiamo di compilare la tabella seguente:

| Membro della famiglia<br>(ad esempio, madre) | Età di diagnosi del cancro<br>(Se non sei certo/a, fai una stima) | Dove è stato trovato il cancro al seno? |                          |                          | Lato della famiglia      |                          |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                              |                                                                   | Un seno                                 | Entrambi                 | Non so                   | Da parte di madre        | Da parte di padre        |
|                                              |                                                                   | <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"/> |

Le domande 10 and 11 si riferiscono solamente al cancro alle ovaie (esclusi altri tumori addominali, cervicali o uterini).

**D10 A qualcuno dei tuoi consanguinei è mai stato diagnosticato un cancro alle ovaie?**

☐ Sì ☐ No ☐ Non so

Includi **solamente**: madre, sorella, figlia, zia, sorellastra, nonna, nipote femmina.

Se **Sì**, ti preghiamo di compilare la tabella seguente:

| Membro della famiglia | Da parte di madre        | Da parte di padre        |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
|                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**D11 Hai avuto un cancro alle ovaie in passato?**

☐ Sì ☐ No

**D12 Hai avuto un cancro al seno o un carcinoma duttale in situ (pre-cancro) in passato?**

☐ Sì ☐ No (Se No, vai alla domanda D13)

Se **Sì**, il tuo seno è stato sottoposto a:

Quale seno?

☐ Destro ☐ Sinistro

☐ Chirurgia conservativa del seno (rimozione del nodulo)

☐ Mastectomia (rimozione del seno)

☐ Altro (specificare)

In che anno ti è stato diagnosticato?

|                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| A                    | A                    | A                    | A                    |

**D13 In precedenza hai subito un intervento chirurgico a uno dei due seni (escluse le protesi mammarie)?**

☐ Sì ☐ No ☐ Destro ☐ Sinistro

Se **Sì**, ☐ Negli ultimi 2 anni ☐ Più di 2 anni fa Se più di due anni, in quale anno circa?

|                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| A                    | A                    | A                    | A                    |

Il programma di BreastScreen Victoria è adatto alle donne che non hanno sintomi al seno.  
Se noti cambiamenti nel seno, rivolgiti al tuo medico il prima possibile.

**D14 Adesso hai uno o più noduli che puoi percepire al tatto?**

☐ Sì ☐ No (Se No, vai alla domanda D15)

Se **Sì**, in quale seno si trova il nodulo?

☐ Destro ☐ Sinistro

Il nodulo è presente da meno di 12 mesi?

☐ Sì ☐ No

Il tuo medico ha esaminato il nodulo?

☐ Sì ☐ No

**D15 Adesso hai una secrezione dal capezzolo macchiata di sangue o acquosa?**

☐ Sì ☐ No (Se No, vai alla domanda D16)

Se **Sì**, la secrezione dal capezzolo è macchiata di sangue o chiara/acquosa?

☐ Macchiata di sangue ☐ Chiara/acquosa

Quale seno presenta la secrezione dal capezzolo?

☐ Destro ☐ Sinistro

La secrezione dal capezzolo è presente da meno di 12 mesi?

☐ Sì ☐ No

Il tuo medico ha esaminato la secrezione dal capezzolo?

☐ Sì ☐ No

**D16 Attualmente hai altri sintomi al seno?**

☐ Sì ☐ No ☐ Destro ☐ Sinistro

(Se No, vai alla domanda D17). Se **Sì**, per favore specifica.

**D17 BreastScreen Victoria può ottenere le precedenti radiografie del seno e i relativi file da altri fornitori di servizi sanitari e condividere le radiografie del seno e i relativi file con altri fornitori di servizi sanitari a scopo di confronto e di assistenza? BreastScreen Victoria raccoglierà e condividerà le radiografie del seno e i relativi file in conformità con la Politica sulla privacy e il Foglio informativo disponibili su [www.breastscreen.org.au/privacy](http://www.breastscreen.org.au/privacy)**

☐ Sì ☐ No

Firmando qui sotto, dichiaro di aver letto e compreso il foglio informativo di BreastScreen Victoria.

Dichiaro che le informazioni contenute nel presente modulo sono corrette. Acconsento a partecipare al programma di BreastScreen Victoria.

Sono consapevole di poter porre domande, interrompere lo screening senologico (mammografia) o ritirarmi dal programma in qualsiasi momento.

Firma

X

Data

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| G                    | G                    | M                    | M                    | A                    | A                    | A                    | A                    |

Nome