



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO



REGIONE CALABRIA

Dipartimento di Prevenzione
UNITÀ OPERATIVA IGIENE E SANITÀ PUBBLICA
Direttore Dr. Giuseppe De Vito

Centro Screening Oncologici
Dirigente Resp.le Dr.ssa Annalisa Spinelli

Centro Erogatore _____

SCHEDA PER LE PAZIENTI CHE EFFETTUANO MAMMOGRAFIE DI SCREENING

Data di esecuzione dell'esame _____

Cognome _____		Nome _____	
Data di nascita _____	Residenza _____	Tel _____	
Medico curante _____			
Notizie anamnestiche (eventuale patologia mammaria): _____			
Alterazioni cutanee (cicatrici, nei, macchie...): _____		Stato mestruale: _____	
Sintomi mammari:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Trattamento ormonale: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Rischio Familiare (almeno due familiari di primo grado) _____			

FIRMA DEL TECNICO DI RADIOLOGIA

CONCLUSIONI DIAGNOSTICHE SECONDO RE.CO.R.M.:					
1 Radiologo: REFERTO	DX	SX	2 Radiologo: REFERTO	DX	SX
<input type="checkbox"/> R1: negativo per patologia			<input type="checkbox"/> R1: negativo per patologia		
<input type="checkbox"/> R2: patologia sicuramente benigna			<input type="checkbox"/> R2: patologia sicuramente benigna		
<input type="checkbox"/> R3: patologia verosimilmente benigna			<input type="checkbox"/> R3: patologia verosimilmente benigna		
<input type="checkbox"/> R4: sospetto o dubbio per patologia maligna			<input type="checkbox"/> R4: sospetto o dubbio per patologia maligna		
<input type="checkbox"/> R5: positivo per patologia maligna			<input type="checkbox"/> R5: positivo per patologia maligna		

1 Radiologo: CONSIGLI	DX	SX	2 Radiologo: CONSIGLI	DX	SX
<input type="checkbox"/> Controllo a 2 anni			<input type="checkbox"/> Controllo a 2 anni		
<input type="checkbox"/> Controllo ad 1 anno			<input type="checkbox"/> Controllo ad 1 anno		
<input type="checkbox"/> Visita senologica			<input type="checkbox"/> Visita senologica		
<input type="checkbox"/> Mammografia			<input type="checkbox"/> Mammografia		
<input type="checkbox"/> Ecografia con eventuale eco-color doppler			<input type="checkbox"/> Ecografia con eventuale eco-color doppler		
<input type="checkbox"/> Controllo tra 1 anno, extra screening (previo accordo con il Medico curante)			<input type="checkbox"/> Controllo tra 1 anno, extra screening (previo accordo con il Medico curante)		
<input type="checkbox"/> Altro			<input type="checkbox"/> Altro		
Note			Note		
Firma _____			Firma _____		
Data _____			Data _____		

Presidio Ospedaliero Giovanni Paolo II – Ambulatorio 26 - Via Perugini - 88046 Lamezia Terme
tel. +39 0968 208983 | fax 0968208818

EMAIL centroscreening@asp.cz.it PEC centroscreening@pec.aspcatanzaro.it