

Informazioni e questionario mammografia

Cara paziente!

Attualmente si sta preparando per un **esame di mammografia** a raggi X del seno. Con questo esame è possibile identificare i possibili nodi in una fase iniziale, dove non si possono nemmeno sentire. L'obiettivo della mammografia è quello di individuare precocemente i tumori maligni. Con l'aiuto della mammografia, il decorso di una malattia trattata può essere osservato e controllato. Spesso le più piccole calcificazioni sono indice di cancro. Queste cosiddette microcalcificazioni possono essere rilevate da appena 0,1 millimetri e i tumori più piccoli da cinque millimetri di diametro. Un risultato affidabile al cento per cento non è possibile perché i tumori possono essere rilevati solo se hanno almeno una dimensione minima.

Ecco come procede la mammografia:

Il seno viene posizionato sul tavolo della pellicola e delicatamente compresso con una piastra di compressione. Più forte è la pressione che si percepisce come ancora tollerabile, più bassa è la dose di radiazioni necessaria per una mammografia. Vengono effettuati due scatti, uno dall'alto e uno di lato. Se i risultati non sono chiari sono necessarie ulteriori scatti.

In caso di tessuto mammario denso o di risultati non conclusivi è necessario eseguire un esame ad ultrasuoni. Un altro esame speciale è la risonanza magnetica.

Naturalmente sarete informati se ciò dovesse essere necessario per voi.

Dopo la mammografia, si dovrebbe anche effettuare regolarmente un autoesame del seno tastandolo.

Questionario per l'esame di mammografia

Cara paziente!

Vi chiediamo di rispondere alle seguenti domande. **Grazie mille.**

Cognome _____	Data di nascita _____	
Nome _____	Professione _____	
Peso (kg) _____	Altezza _____	E-Mail _____

C'è la possibilità che lei attualmente sia incinta? Sì No

È un esame iniziale? Sì No

In caso contrario, **quando e dove** è stata effettuata l'ultima mammografia?

Il cancro al seno si è manifestato a sua madre o a sua sorella o a parenti diretti? Sì No

Se sì, a che età?

Avete attualmente dei disturbi/dolori? Sì No

Se sì, da che parte destra sinistra

Il seno è già stato operato? Se sì, quando? Sì No

Prende farmaci ormonali femminili? Sì No

(Pillola o a causa di sintomi della menopausa o osteoporosi) Se sì, da quando?

Acconsento alla trasmissione dei miei dati a altri medici o istituzioni. Sì No

Acconsento che i miei dati vengano valutati ai fini della qualità interni. Sì No

Luogo, data

Firma del paziente o dell tutore legale