**Struttura Complessa Anatomia Patologica**

Direttore Dr.ssa Rosa Rinaldi

segreteria.anatomiapatologica@asst-mantova.it

tel. 0376.201590

Strada Lago Paiolo 10, Mantova (MN)

*Ambulatorio di Consulenza Genetica Oncologica (CGO)*

*Responsabile: Dr.ssa Francesca Adami*

**QUESTIONARIO SULLA STORIA FAMILIARE**

**TUMORI DELLA MAMMELLA E DELL’OVAIO/COLONRETTO**

La maggior parte dei tumori sono sporadici, ossia non ereditari, e la loro incidenza aumenta con l’età. Tuttavia la presenza in famiglia di consanguinei affetti, in età relativamente precoce, può suggerire una predisposizione genetica a sviluppare la malattia. Le informazioni sulla storia personale e familiare che ci fornirà tramite questo questionario potrebbero essere utili per valutare la sua eventuale appartenenza ad una famiglia a rischio.

Al fine di raccogliere nel modo più dettagliato possibile la storia familiare, la preghiamo di compilare il questionario seguendo le istruzioni per la compilazione riportate nella pagina successiva. Una volta restituito il questionario la contatteremo per offrirle, se indicato, una consulenza in modo da approfondire gli aspetti genetici e le eventuali opzioni di prevenzione e di sorveglianza

Per poter eseguire una valida valutazione del rischio è preferibile iniziare la compilazione a partire dal soggetto affetto, inserire i dati esatti relativi agli eventuali tumori a all’età di diagnosi di tutti i casi, personali e familiari, allegando copia dei referti istologici, se disponibili.

Tutte le informazioni saranno strettamente confidenziali e vincolate dal segreto professionale e saranno raccolte in un archivio nel rispetto della privacy e della confidenzialità secondo le norme vigenti (D.L. 196/03).

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

* Compilare il questionario in ogni sua parte, in particolare per il ramo della famiglia con più casi di tumore della mammella e dell’ovaio
* Indicare negli appositi spazi tutti i parenti di “sangue”; se fratelli a metà specificare il genitore condiviso
* Se non si conoscono date e/o età precise si prega di approssimare a +/- 5 anni
* Se possibile, chiedere informazioni ai parenti più disponibili a collaborare
* Specificare per ogni membro della famiglia il cognome
* Utilizzare fogli aggiuntivi se necessario
* Per chiarimenti, telefonare al CGO: 0376 201942

*Grazie per la gentile collaborazione*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***SCHEDA ANAGRAFICA*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Cognome** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Nome** | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Data di nascita** | \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Luogo di nascita** | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Indirizzo** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Città** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Provincia** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Telefono** | Abitazione | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **E-mail** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Cellulare | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ha avuto un tumore? ❏ NO     ❏ SI  Se sì, indicare il tipo di tumore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Età alla diagnosi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Informazione/  questionario  proveniente da: | | | | | | | | | | | | | | | Ginecologo/Parente o Conoscente/  Medico Specialista(\_\_\_\_\_\_\_\_)/ Stampa o Internet/ Medico di Medicina Generale/ Screening ASL/ Altro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***SCHEDA ANAMNESTICA*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Altezza (cm)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Peso (Kg)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fumo | | | | | | | | | | | | | | | ❏ NO     ❏ SI         ❏ Ex | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numero massimo di sigarette/giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Anno inizio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Anno fine\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alcool | | | | | | | | | | | | | | | ❏ NO     ❏ SI      Numero bicchieri/settimana\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *PER LE DONNE* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Età della prima mestruazione | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Età della prima gravidanza | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Allattamento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ❏ NO     ❏ SI | | | | | | | | | | | | |
| Uso di contraccettivi orali | | | | | | | | | | | | | | | ❏ NO    ❏ SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Mesi cumulativi  totali di uso | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Ha fatto biopsie o ago aspirati alla mammella? | | | | | | | | | | | | | | | ❏ NO    ❏ SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Se sì indicare il numero\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Se sì, una delle biopsie ha rilevato un’iperplasia atipica?    ❏ NO    ❏ SI | | | | | | | | | | | | |
| Data dell’ultima mestruazione | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **STORIA FAMILIARE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***CONIUGE*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | **E’ vivente** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Ha avuto un tumore?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Sede e tipo di tumore** | | | | | | | **Età alla diagnosi** | | |
| **NOME e COGNOME** | | | | | | | | | | | | | | Sì (età attuale) | | | | | | | | | No (età decesso) | | | | | | | | Non so | | | | | | | | | Sì | | | | | | | | | | | | | | No | | | | | | | Non so | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |
| ***FIGLI*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ha o ha avuto figli maschi ?**                 ❏ NO     ❏ SI          Se SI, quanti   \_\_\_\_\_ **Ha o ha avuto figlie femmine ?**         ❏ NO     ❏ SI          Se SI, quante  \_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **Sesso** | | | | | | **E’ vivente** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Ha avuto un tumore?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Sede e tipo di tumore** | | | | | | | | | | **Età alla diagnosi** | | | |
| **NOME e COGNOME** | | M/F | | | | | | Sì (età attuale) | | | | | | | | | | No (età decesso) | | | | | | | | | | | Non so | | | | | | | | | | | | | Sì | | | | | | | | | No | | | | | | | Non so | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | |
| ***NIPOTI***  (da figli/e: indicare il nome) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ha o ha avuto nipoti da parte dei suoi figli?** ❏ NO     ❏ SI          Se SI, quanti   \_\_\_\_\_  **Ci sono stati casi di tumore?** ❏ NO     ❏ SI     Se SI, quanti   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOME e COGNOME**  del nipote e del genitore | | | **Sesso** | | | | | | | **E’ vivente** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Ha avuto un tumore?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Sede e tipo di tumore** | | | | | | | | | | | | | | **Età alla diagnosi** | | | |
| M/F | | | | | | | Sì (età attuale) | | | | | | | | | | No (età decesso) | | | | | | | | | Non so | | | | | | | | | | | | | Sì | | | | | | No | | | | | | | | Non so | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| ***FRATELLI/SORELLE*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ha o ha avuto fratelli ?**               ❏ NO     ❏ SI          Se SI, quanti   \_\_\_\_\_ **Ha o ha avuto sorelle?**        NO     ❏ SI          Se SI, quante  \_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | **Sesso** | | | | | | | **E’ vivente** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Ha avuto un tumore?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Sede e tipo di tumore** | | | | | | | | | | | | | | **Età alla diagnosI** | | | |
| **NOME e COGNOME** | | | M/F | | | | | | | Sì (età attuale) | | | | | | | | | | No (età decesso) | | | | | | | | | Non so | | | | | | | | | | | | | Sì | | | | | | No | | | | | | | | Non so | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| ***NIPOTI***  (da fratelli/sorelle: indicare il nome) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ha o ha avuto nipoti da parte dei suoi fratelli/sorelle?** ❏ NO     ❏ SI          Se SI, quanti   \_\_\_\_\_  **Ci sono stati casi di tumore?** ❏ NO     ❏ SI     Se SI, quanti   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOME e COGNOME**  del nipote e del genitore | | | **Sesso** | | | | | | | **E’ vivente** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Ha avuto un tumore?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Sede e tipo di tumore** | | | | | | | | | | | | | | **Età alla diagnosi** | | | |
| M/F | | | | | | | Sì (età attuale) | | | | | | | | | | No (età decesso) | | | | | | | | | Non so | | | | | | | | | | | | | Sì | | | | | | No | | | | | | | | Non so | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| ***FAMIGLIA PATERNA*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | **E’ vivente** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Ha avuto un tumore?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Sede e tipo di tumore** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Età alla diagnosi** |
| **NOME e COGNOME** | | | | | | | | | Sì (età attuale) | | | | | | | | | | No (età decesso) | | | | | | | | Non so | | | | | | | | | Sì | | | | | | | | | | | | | No | | | | | | | | Non so | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| **PADRE** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| **NONNO PATERNO** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| **NONNA PATERNA** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| ***ZII e ZIE PATERNE***  (fratelli/sorelle del padre) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Suo padre ha o ha avuto fratelli?**                 ❏ NO     ❏ SI          Se SI, quanti   \_\_\_\_\_ **Suo padre ha o ha avuto sorelle?**               ❏ NO     ❏ SI          Se SI, quante  \_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOME e COGNOME** | | | **Sesso** | | | | | | | | **E’ vivente** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Ha avuto un tumore?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Sede e tipo di tumore** | | | | | | | | | | | | | | | | | **Età alla diagnosi** | | | |
|  | | | M/F | | | | | | | | Sì (età attuale) | | | | | | | | | | No (età decesso) | | | | | | | | | Non so | | | | | | | | Sì | | | | | | | | | | | No | | | | | | | | Non so | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | ❏ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| ***CUGINI E CUGINE PATERNI***  (da zii/e paterni: indicare il nome) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ha o ha avuto cugini/e paterni?** ❏ NO     ❏ SI          Se SI, quanti   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Ci sono stati casi di tumore?** ❏ NO     ❏ SI     Se SI, quanti   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOME e COGNOME**  **del cugino/a e del genitore** | | | | **Sesso** | | | | | | | | **E’ vivente** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Ha avuto un tumore?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Sede e tipo di tumore** | | | | | | | | | | | | | | | | | **Età alla diagnosi** | | | |
| M/F | | | | | | | | Sì (età attuale) | | | | | | | | | | No (età decesso) | | | | | | | Non so | | | | | | | | | | | | | Sì | | | | | | | | | No | | | | | Non so | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | ❏ | | | | | ❏ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | ❏ | | | | | ❏ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | ❏ | | | | | ❏ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **NOME e COGNOME**  **del cugino/a e del genitore** | | | | **Sesso** | | | | | | | | **E’ vivente** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Ha avuto un tumore?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Sede e tipo di tumore** | | | | | | | | | | | | | | | | | **Età alla diagnosi** | | | |
| M/F | | | | | | | | Sì (età attuale) | | | | | | | | | | No (età decesso) | | | | | | | Non so | | | | | | | | | | | | | Sì | | | | | | | | | No | | | | | Non so | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | ❏ | | | | | ❏ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | ❏ | | | | | ❏ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | ❏ | | | | | ❏ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | ❏ | | | | | ❏ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | ❏ | | | | | ❏ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| ***FAMIGLIA MATERNA*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | **E’ vivente** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Ha avuto un tumore?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Sede e tipo di tumore** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Età alla diagnosi** | |
| **NOME e COGNOME** | | | | | | | Sì (età attuale) | | | | | | | | | | No (età decesso) | | | | | | | | | Non so | | | | | | Sì | | | | | | | | | | | | | | No | | | | | | | Non so | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **MADRE** | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | ❏ | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **NONNO MATERNO** | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | ❏ | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **NONNA MATERNA** | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | ❏ | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| ***ZII e ZIE MATERNI***  (fratelli/sorelle della madre) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Sua madre ha o ha avuto fratelli?**                 ❏ NO     ❏ SI          Se SI, quanti   \_\_\_\_\_ **Sua madre ha o ha avuto sorelle?**               ❏ NO     ❏ SI          Se SI, quante  \_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | **Sesso** | | | | | | | | **E’ vivente** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Ha avuto un tumore?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Sede e tipo di tumore** | | | | | | | | | | | | | | | | | **Età alla diagnosi** | | | |
| **NOME e COGNOME** | | | | | M/F | | | | | | | | Sì (età attuale) | | | | | | | | | | | No (età decesso) | | | | | | Non so | | | | | | | | | | | | | Sì | | | | | | | | | No | | | | | Non so | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | ❏ | | | | | ❏ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | ❏ | | | | | ❏ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | ❏ | | | | | ❏ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | ❏ | | | | | ❏ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | ❏ | | | | | ❏ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | ❏ | | | | | ❏ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | ❏ | | | | | ❏ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | | | | ❏ | | | | | ❏ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| ***CUGINI E CUGINE MATERNI***  (da zii/e materni: indicare il nome) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ha o ha avuto cugini/e materni?** ❏ NO     ❏ SI          Se SI, quanti   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Ci sono stati casi di tumore?** ❏ NO     ❏ SI     Se SI, quanti   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOME e COGNOME**  **del cugino/a e del genitore** | | | | | | **Sesso** | | | | | | | | | | **E’ vivente** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Ha avuto un tumore?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Sede e tipo di tumore** | | | | | | | | | | | | **Età alla diagnosi** | | | |
| M/F | | | | | | | | | | Sì (età attuale) | | | | | | | | | No (età decesso) | | | Non so | | | | | | | | | | | | | | | | Sì | | | | | | No | | | | | Non so | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | ❏ | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | ❏ | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | ❏ | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | ❏ | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | ❏ | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | ❏ | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | ❏ | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | ❏ | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | ❏ | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | | | | ❏ | | | | | | ❏ | | | | | ❏ | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |

***Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_***

**Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Il questionario di familiarità compilato, va restituito all’Ambulatorio di Consulenza Genetica Oncologica:**

Via posta inviare a:

**A**mbulatorio **C**onsulenza **G**enetica **O**ncologica (**CGO**) – Oncologia

Strada Lago Paiolo 10 46100 Mantova.

Via e-mail: cgo@asst-mantova.it

Telefono 0376201942

***Documento approvato dal Direttore Sanitario***