

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: SI NO

Trattamento ormonale: SI NO

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 _____		



*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CATANZARO



REGIONE CALABRIA

*Presidio Ospedaliero Giovanni Paolo II – Ambulatorio 26 - Via Perugini - 88046 Lamezia Terme
tel. +39 0968 208983-208716 | fax 0968208818
EMAIL centroscreening@asp.cz.it PEC centroscreening@pec.aspcatanzaro.it*

