

Questionnaire A - QUESTIONARIO ANAMNESTICO

- 1) Età _____
- 2) Sesso
☐ Uomo ☐ Donna
- 3) Che tipo di tumore ha/ ha avuto in passato?
☐ Carcinoma mammario ☐ Carcinoma ovarico ☐ Entrambi
- 4) A che età le è stato diagnosticato il tumore? _____
- 5) Ha figli?
☐ SI ☐ NO, passi alla domanda 8
- 6) Se sì, di che genere ed età?
1° figlio ☐ M ☐ F età _____
2° figlio ☐ M ☐ F età _____
3° figlio ☐ M ☐ F età _____
4° figlio ☐ M ☐ F età _____
- 7) Intende (o le piacerebbe) averne altri?
☐ SI ☐ NO, passi alla domanda 9
- 8) Intende (o le piacerebbe) averne?
☐ SI ☐ NO, passi alla domanda 9
- 9) Nella sua famiglia ci sono/ci sono stati casi di tumore?
☐ SI ☐ NO
- 10) Se sì, indicare in quali soggetti e a che età
☐ Genitori _____
☐ Fratelli/sorelle _____
☐ Zie, zii _____
- 11) Fuma o ha una storia di utilizzo del tabacco?
☐ SI ☐ NO
- 12) Quanto spesso consumi alcolici?
☐ Mai ☐ Occasionalmente ☐ Una volta a settimana ☐ Più volte a settimana
☐ Quotidianamente
- 13) Stato occupazionale:
☐ Dipendente ☐ Libero professionista ☐ Casalingo/a ☐ Pensionato/a ☐ Altro
- 14) Stato civile _____

15) Anni di scolarizzazione:

- ☐ Licenza elementare ☐ Licenza media ☐ Licenza superiore ☐ Laurea triennale
☐ Laurea magistrale ☐ Master, Dottorato, etc

16) Ha patologie in atto o pregresse? (Se sì, specificare quali)

17) Sta attualmente assumendo dei farmaci? (Se sì, specificare quali)

18) Ha sofferto in passato o soffre attualmente di depressione?

- ☐ SI ☐ NO

19) Ha completato il ciclo vaccinale contro il Sars-COV2?

- ☐ No, non mi sono vaccinato/a ☐ Sì, ho completato il ciclo vaccinale (con 3° dose effettuata)
☐ Sì, ma non ho completato il ciclo vaccinale (2° o 3° dose), perché

20) Come valuteresti il tuo stato di salute?

Pessimo 1	2	3	4	Ottimo 5
☐	☐	☐	☐	☐

21) Quante ore dorme?

- ☐ Meno di 5 ore ☐ 5-6 ore ☐ 7-8 ore ☐ 9-10 ore ☐ più di 10 ore

22) Si ritiene una persona positiva nella vita di tutti i giorni?

- ☐ Sì, sono molto positiva/o ☐ No, ma mi sforzo di essere una persona positiva
☐ No, sono una persona negativa

23) Ha aderito di recente al programma di screening "Prevenzione Serena"?

- ☐ SI ☐ NO, perché _____

24) Se sì, quali esami ha svolto? (segnare tutti i test eseguiti, se sono più di uno)

- ☐ Mammografia bilaterale ☐ Pap-test ☐ Sigmoidoscopia flessibile
☐ Ricerca del sangue occulto nelle feci

25) Sta ancora svolgendo i regolari controlli per il suo tumore?

- ☐ SI ☐ NO, perché _____

26) Sta effettuando una terapia per il suo tumore?

- ☐ SI ☐ NO, perché _____

27) Se sì, come valuterebbe la sua aderenza alla terapia?

Pessimo 1	2	3	4	Ottimo 5
☐	☐	☐	☐	☐

28) Prima di essere contattata da noi, aveva già sentito parlare del test genetico per il rischio di cancro alla mammella e/o ovaio?

- ☐ SÌ, ero già ben informata sull'argomento ☐ Ne ho sentito parlare, ma non ero ben informata
- ☐ NO, non ne avevo mai sentito parlare