Questionario per lo Screening
sulla prevenzione del cancro all'intestino

italienisch/italien

Sesso ☐ m ☐ f | Età ☐☐ | Altezza in cm ☐☐☐ | Peso ☐☐☐ | IMC ☐☐

(passata) Professione: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

■ Ha un medico di famiglia?
☐ Si ☐ No

■ Se si, va regolarmente dal medico?
☐ Si ☐ No

■ Quali esami preventivi ha già effettuato?

Rettoscopia	☐ Si	☐ No	Quando (in quale anno)? ☐☐☐☐
Analisi delle feci	☐ Si	☐ No	Da più di un anno? ☐ Si ☐ No

■ Soffre di malattie croniche?	☐ Si	☐ No			
■ Come sta di salute?	☐ molto bene	☐ bene	☐ discretamente	☐ male	☐ molto male
■ Ha/ha avuto altre patologie tumorali?	☐ Si	☐ No			
■ Fuma?	☐ Si	☐ No			
■ Fa sport almeno 2 volte la settimana?	☐ Si	☐ No			
■ Mangia 5 porzioni al giorno di frutta e verdure?	☐ Si	☐ No			

■ Cancro all'intestino in genitori, fratelli/sorelle o figli? ☐ Si ☐ No

Chi? ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ A quale età? ☐☐

■ Le sono stati diagnosticati in passato polipi intestinali o cancro all'intestino? ☐ Si ☐ No

■ Ha i seguenti sintomi?

Perdita di peso ingiustificata	☐ Si	☐ No
Sangue nelle feci	☐ Si	☐ No
Stimolo di evacuare senza produrre feci	☐ Si	☐ No
Cambiamento delle abitudini intestinali	☐ Si	☐ No
Dolori all'addome persistenti	☐ Si	☐ No

Consigliata analisi delle feci ☐ Si ☐ No

Il paziente fa il test delle feci ☐ Si ☐ No

Risultato dell'analisi delle feci	Test 1	Test 2	Test 3
positivo	☐	☐	☐
negativo	☐	☐	☐

Consigliata visita dal medico di famiglia ☐ Si ☐ No

Timbro, Firma Farmacia

Data: _____