

Progetto di SCREENING per il tumore alle vie urinarie (RISP VUR)

Gentile Signora, Gentile Signore,
la preghiamo di rispondere a tutte le domande richieste dal Questionario.

INFORMAZIONI PERSONALI	
COGNOME	
NOME	
SESSO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
PESO (IN KG)	
ALTEZZA (IN CM)	
DATA DI NASCITA	
LUOGO DI NASCITA	
PROVINCIA DI NASCITA	
CODICE FISCALE	
E-MAIL (SE DISPONIBILE)	
CELLULARE \ TELEFONO FISSO	
TITOLO DI STUDIO	<input type="checkbox"/> LICENZA ELEMENTARE <input type="checkbox"/> LICENZA MEDIA <input type="checkbox"/> DIPLOMA SCUOLA SUPERIORE <input type="checkbox"/> LAUREA <input type="checkbox"/> MASTER POST LAUREA <input type="checkbox"/> ALTRO <input type="checkbox"/> NESSUNO
RESIDENZA	
INDIRIZZO	
N. CIVICO	
CAP	
CITTA'	
PROVINCIA	



ABITUDINI AL FUMO DI SIGARETTA

Come descrive il suo rapporto con il fumo di sigaretta?

- Non ho mai fumato con regolarità
- Ho smesso di fumare da più di un anno. *Indichi l'età in cui ha smesso di fumare:* _____
- Sono fumatore (*incluso chi ha smesso da meno di un anno*)

A che età a iniziato a fumare? _____

Qual è / Quale è stato il suo consumo medio di sigarette al giorno? _____

(*indicare il numero di sigarette non di pacchetti*)

STATO DI SALUTE

Negli ultimi 12 mesi, ha visto sangue nelle sue urine? SI NO

Negli ultimi 12 mesi, ha eseguito un esame delle urine? SI NO

Se Sì, l'esame ha riscontrato sangue nelle urine? SI NO

Le è mai stato diagnosticato un tumore? SI NO

Se Sì, in quale anno? _____

Si trattava di un tumore al polmone? SI NO

Si trattava di un tumore all'apparato genitourinario SI NO

Se NON si trattava di un tumore al polmone o all'apparato genitourinario,
di quale tumore si trattava? _____



Ha fatto una TAC al torace nell'ultimo anno? SI NO

Se SI, quando? _____

Ha qualche patologia cronica respiratoria? SI NO

Se SI, quale? _____

Ha qualche patologia cronica cardiaca? SI NO

Se SI, quale? _____

Ha qualche patologia cronica renale? SI NO

Se SI:

Insufficienza renale cronica in dialisi

Glomerulonefrite cronica

Altro (specificare): _____

Ha qualche patologia cronica epatica? SI NO

Se SI:

Cirrosi epatica scompensata

Altro (specificare): _____

Ha qualche patologia psichiatrica (ansia, depressione, attacchi di panico, disturbi del tono dell'umore, schizofrenia)? SI NO

Se SI, quale? _____

Ha mai contratto il virus dell'HIV? SI NO

Ha mai avuto l'Epatite? SI NO

Se SI, quale? A B C

Fa abuso di alcol? SI NO

Fa abuso di sostanze? SI NO

GRAZIE per le Sue Risposte!