

## Campagna di prevenzione del tumore del colon-retto

## SCHEMA ANAMNESTICA

Cognome Nome.....

Data di nascita .....

Anamnesi familiare per tumore del colonretto			
<b>Sindromi ereditarie</b>	SI	→ ESCLUSIONE	
<b>Tumore maligno</b> parenti 1° grado	SI	NO	
<b>Polipi del colon</b> parenti 1° grado			

NOTE.....

Anamnesi patologia personale			
<b>Patologia infiammatoria intestinale cronica IBD</b>	SI	→ ESCLUSIONE	
<b>Portatore pace maker</b>	SI	NO	
<b>Portatore defibrillatore</b>	SI	NO	
<b>Allergie</b>	SI	NO	
<b>Malattie epatiche</b>	SI	NO	
<b>Coagulopatie</b>	SI	No	
<b>Altro</b>		NO	

NOTE.....

Terapia farmacologica antitrombotica in corso	
<b>Farmaco:</b>	<b>in corso sospeso dal .....</b>
<b>Farmaco:</b>	<b>in corso sospeso dal .....</b>
<b>Farmaco:</b>	<b>in corso sospeso dal .....</b>
<b>Altri farmaci in uso</b>	

NOTE.....

Necessità di valutazione preliminare:  cardiologica  TAO  gastroenterologica  neurologica

Data e Firma del Medico.....

Per ulteriori informazioni: CENTRO SCREENING - NUMERO VERDE 800077040

(da lunedì a venerdì dalle 8.30 alle 14.00 )Fax: 030-3838715 e-mail: [centro.screenig@aslombrescia.it](mailto:centro.screenig@aslombrescia.it)