

# QUESTIONARIO RISCHIO GENETICO ONCOLOGICO

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_

Altezza: \_\_\_\_\_

Abitudine al fumo:    SI            NO

Se, SI specificare quantità e frequenza: \_\_\_\_\_

Assunzione di alcool: SI            NO

Se, SI specificare quantità e frequenza: \_\_\_\_\_

Esposizione a sostanze chimiche e/o radioattive: SI NO

Se, SI specificare tipo di esposizione: \_\_\_\_\_

Svolge attività fisica regolare? SI NO

Ha figli? SI NO

Se SI specificare sesso ed età: \_\_\_\_\_

Ha patologie croniche (diabete, ipertensione...)? SI NO

Se, SI specificare quali: \_\_\_\_\_

Assume farmaci? SI NO

Se, SI specificare quali: \_\_\_\_\_

Ha subito interventi chirurgici? SI NO

Se, SI specificare quali e a che età: \_\_\_\_\_

Ha avuto o è attualmente affetto da patologia oncologica? SI NO

Se, SI specificare la sede e l'età di insorgenza: \_\_\_\_\_

Completare la tabella sottostante relativa alla famiglia:

FAMIGLIA	PARENTELA*	V (vivente) D (deceduto)	Affetto da tumore (SI/NO)	SPECIFICARE SEDE, TIPO ED ETÀ DI INSORGENZA DEL TUMORE
	figlio			
	figlia			
	sorella			
	fratello			
materna	madre			
	nonna			
	nonno			
	zia			
	zio			
	Cugino di I grado			
	Cugina di I grado			
paterna	padre			
	nonna			
	nonno			
	zia			
	zio			
	Cugino di I grado			
	Cugina di I grado			

\*se nello stesso grado di parentela sono presenti più soggetti affetti (es, 2 zie affette) indicare per ognuno la tipologia di tumore e l'età di insorgenza.