

**Da inviare a: prevenzioneonco.ieo@ieo.it** 

**GIORNATE DI PREVENZIONE ONCOLOGICA**

**Pescasseroli 17-19 Ottobre 2025**

***Entry Visit – Prenotazione e selezione dei pazienti***

**Anagrafica**

|  |  |
| --- | --- |
| NOME | COGNOME |
| DATA DI NASCITA | ETA’ |
| LUOGO DI NASCITA | COMUNE DI RESIDENZA |
| N° CELL | CONTATTO EMAIL |

***Si richiede*** ***visita/prestazione per:***

***Dermatologia***

***Senologia Visita Ecografia***

***Urologia Prostata Rene Vescica***

***Pneumologia Visita Spirometria***

***Cavo orale Visita Collo Viso Lingua Naso Faringe***

***Tiroide***

1. È fumatore? Se sì, quante sigarette die? …………………………………….

*Attenzione: se grande fumatore e quindi superiore a 2 pacchetti die, potrà eseguire spirometria*

1. Beve abitualmente alcool o superalcolici? Se si, quanto al giorno? .....................................................................................................................................
2. Ha casi in famiglia di tumori al: *Seno*

*Utero*

*Ovaie*

*Vescica*

*Prostata*

*Rene*

*Polmone*

*Melanoma/T. della pelle*

*Cavo orale/gola/naso*

*Tiroide*

1. *Ha avuto precedenti neoplasie? SI – NO se SI, quali………………………………………………..*

***Dermatologia***

***Prestazioni: visita + mappatura***

* Ha eseguito una visita dermatologica per controllo dei NEI, con esito negativo nei 6 mesi antecedenti? SI NO

***Senologia – Radiologia senologica***

***Prestazioni: visita + ecografia mammaria***

Età superiore ai 30 anni:

* Ha già eseguito un controllo ecografico della mammella? SI - NO
* Se sì, quando e perché? …………………………………………………………………………………………………….
* Ha già eseguito una mammografia? SI - NO

se SI, quando ………………………………………………..

***Urologia***

***Prestazioni: UOMO: visita + PSA***

***UOMO e DONNA: event. ECO vescica/rene***

Soggetti asintomatici >45 anni, fatta eccezione per episodi recenti di sangue nelle urine non ancora valutati

* Ha avuto o ha patologie urologiche? SI - NO
* Ha sintomi urologici? SI - NO se SI, quali?........................................................................
* Fa un lavoro che la espone a prodotti/materiali tossici? ……………………………………………………..

ATTENZIONE: esclusi pz con disturbi urologici già valutati che assumono Terapia specifica

***Cervico Facciale***

***Prestazione: visita + fibroscopia***

* Ha effettuato interventi od ha patologie a: collo, viso, lingua, naso o tiroide? SI - NO
* Presenta sintomi specifici?

Sottolineare: difficoltà a deglutire o a parlare, sensazione di corpo estraneo alla deglutizione, episodi di sanguinamento, presenza di lesioni al cavo orale, tumefazioni al collo, algie al collo ed alla bocca, tosse, presenza di lesioni cutanee della faccia.

ATTENZ: Sono esclusi pz già in cura ad eccezione di presenza di noduli tiroidei da poco accertati

***Pneumologia***

***Prestazioni: visita + spirometria***

Età > 50 anni. Fumatori – Lavoratori esposti

* Presenta sintomi specifici? (dispnea da sforzo, tosse cronica, produzione cronica di espettorato, infezioni ricorrenti delle vie respiratorie)…………………………………………………………..
* Fa un lavoro che la espone a polveri, solventi o cancerogeni?...................................................
* Attenzione: Ha eseguito una spirometria con esito negativo negli ultimi 6 mesi”?

**Data............... Firma…………….**