

## QUESTIONARIO DELLA FAMIGLIA

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

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Modulo consegnato da (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_

Data di consegna \_\_\_\_\_

### Affetta/o da tumore mammario

SI     No            Se sì, a che  
età? \_\_\_\_\_

### Affetta/o da tumore ovarico

SI     No            Se sì, a che  
età? \_\_\_\_\_

### Affetta/o da altri tumori

SI     No            Se sì, a che  
età? \_\_\_\_\_

Compilare attentamente le seguenti tabelle, completando ogni riga per ciascun legame di parentela in essere (laddove non ci fossero fratelli o sorelle, figli o zii non è necessario compilare).

- Genitori, nonni, fratelli e sorelle

	Nome	Vivo (SI/NO)	Età	Tumori maligni (SI/NO)	Sede del tumore	Età diagnosi
Madre						
Padre						

Nonna materna						
Nonno materno						
Nonna paterna						
Nonno paterno						
Sorella						
Sorella						
Sorella						
Sorella						
Sorella						
Fratello						
Fratello						
Fratello						
Fratello						
Fratello						

- **Figli**

	Nome	Vivo (SI/NO)	Età	Tumori maligni (SI/NO)	Sede del tumore	Età diagnosi
Femmina						
Femmina						
Femmina						
Femmina						
Femmina						
Maschio						
Maschio						
Maschio						
Maschio						
Maschio						

- **Zii materni**

	Nome	Vivo (SI/NO)	Età	Tumori maligni (SI/NO)	Sede del tumore	Età diagnosi
Femmina						
Femmina						
Femmina						
Femmina						
Femmina						
Maschio						
Maschio						
Maschio						
Maschio						
Maschio						

- **Zii paterni**

	Nome	Vivo (SI/NO)	Età	Tumori maligni (SI/NO)	Sede del tumore	Età diagnosi
Femmina						
Femmina						
Femmina						
Femmina						
Femmina						
Maschio						
Maschio						
Maschio						
Maschio						
Maschio						

- Altri parenti affetti da tumore

	Nome	Vivo (SI/NO)	Età	Tumori maligni (SI/NO)	Sede del tumore	Età diagnosi
Femmina						
Femmina						
Femmina						
Femmina						
Femmina						
Maschio						
Maschio						
Maschio						
Maschio						
Maschio						