


MODULO INFORMATIVO-QUESTIONARIO ANAMNESTICO
Cognome **Nome**

Cod. Fisc. **Età:** **Peso (kg)** **Sesso**

- Pensa di avere familiarità per tumore testa-collo? Se sì quale SI ☐ NO ☐
- Bocca ☐ Naso ☐ Faringe ☐ Ghiandole Salivari ☐ Tiroide ☐ Collo ☐ Laringe ☐ Faccia/Testa ☐
- Ha avuto in passato un tumore? Se sì quale SI ☐ NO ☐
- Pensa di avere/aver avuto una esposizione lavorativa a cancerogeni SI ☐ NO ☐
- Ha mai lavorato/lavora come saldatore, tornitore, falegname, carrozziere ? SI ☐ NO ☐
- E' fumatore? Se sì da che età: SI ☐ NO ☐
- Che tipo di fumo inala: Sigaretta ☐ Sigaretta Elettronica ☐ Sigaro-Pipa ☐ Svapo ☐
- Consuma spesso superalcolici SI ☐ NO ☐ Fa uso di stupefacenti SI ☐ NO ☐
- È in stato di gravidanza ? SI ☐ NO ☐ – Da 0 a 100 definirebbe il suo stato di salute come
- Ha subito in passato interventi chirurgici su:

testa	addome
collo	estremità
torace	altro
- È portatore di:

Pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci ?	SI ☐ NO ☐
Endoprotesi, viti, chiodi, fili, stent, apparecchi ortodontici?	SI ☐ NO ☐
Protesi Dentale Mobile in Resina o Bite dentale	SI ☐ NO ☐
Protesi Dentale Fissa in Metallo/Ceramica	SI ☐ NO ☐
Otturazioni Dentali Metalliche	SI ☐ NO ☐
Otturazioni Dentali Non-Metalliche	SI ☐ NO ☐
È portatore di piercing ? Localizzazione:	SI ☐ NO ☐
E' portatore di tatuaggi ? Localizzazione:	SI ☐ NO ☐
Sta utilizzando cerotti medicali ?	SI ☐ NO ☐
- Usa abitualmente spray nasali o orali? Quali? SI ☐ NO ☐

 Di quali malattie soffre o ha sofferto? Ipertensione Arteriosa ☐ Diabete Mellito ☐ Cardiopatia ☐
 Depressione ☐ Ansia ☐ Epilessia ☐ Lupus/Psoriasi ☐ Lichen ☐ Rettocolite ☐ Asma Bronchiale ☐
 Altro:

- Assume Farmaci abitualmente? Se Sì quali e in quale dose giornaliera SI ☐ NO ☐

- Ha mai ingerito sostanze caustiche/tossiche che abbiano determinato lesioni SI ☐ NO ☐
- Alimentazione: Mediterranea ☐ Vegetariana/Vegana ☐ Iperproteica ☐ Antidiabetica ☐
- Svolge Attività Fisica: Regolare ☐ Saltuaria ☐ Scarsa ☐ Ho smesso da anni
- Utilizza Lampade Solari per abbronzarsi: Spesso ☐ Saltuariamente ☐ Quasi Mai ☐
- Usa Crema Alta Protezione su Labbra e Viso prima di esporsi al sole: Spesso ☐ Quasi Mai ☐
- Si è già sottoposto a visita per diagnosi oncologica precoce SI ☐ NO ☐ se Sì quale?:
 Dermatologica ☐ Gastroenterologica ☐ O.R.L. ☐ Senologica ☐ Pneumologica ☐
- Dall'ultimo check-up ematochimico sono passati più di: 12 mesi ☐ 24 mesi ☐ 36 mesi ☐
- Che Professione Svolge/Svolgeva:
- Nel suo ambito lavorativo è o è stato sottoposto a visita medica periodica SI ☐ NO ☐
- Ha richiesto la visita per: Dolore ☐ Gonfiore ☐ Sanguinamento ☐ Bruciore ☐ Secchezza ☐

Il sottoscritto esprime libero e consapevole consenso al trattamento dei dati personali sanitari, raccolti esclusivamente a fini di diagnosi, cura, riabilitazione e prevenzione all'interno di questa Azienda Sanitaria, secondo la normativa vigente. I dati saranno eventualmente trasmessi a terzi solo in forma anonima e per fini statistici.

Firma del paziente

Data