



Concediti questi 5 minuti per riempire i campi sottostanti, per te stesso o per un tuo familiare a cui vuoi far fare una valutazione anamnestica.

Potresti salvare la vita a te o a chi vuoi bene.

Nome _____

Cognome _____

Indirizzo e-mail _____

Codice postale _____

Età __ / __ / ____

Sesso (biologico alla nascita) Maschio Femmina

Origini etniche caucasico africana asiatica altro

Altezza cm _____ Peso Kg _____

Fumi ? No Si

Se hai fumato quanti pacchetti hai fumato approssimativamente al giorno

Meno di mezzo pacchetto

Mezzo pacchetto

1 pacchetto

1.5 pacchetti

2 pacchetti

2.5 pacchetti

3 pacchetti

3.5 pacchetti

4 pacchetti

Più di 4 pacchetti

Hai una tosse cronica e persistente con produzione di espettorato che può essere chiaro, giallo o striato di sangue?

Si No non ne sono certo (non ho posto attenzione)

Tosse secca ed insistente?

Si No non ne sono certo (non ho posto attenzione)

Hai dolenzia durante la respirazione o difficoltà di respiro?

Si No non ne sono certo (non ho posto attenzione)

A qualcuno in famiglia, consanguinei, è stato diagnosticato tumore polmonare?

Si No non so

A qualcuno dei tuoi familiari prossimi è stato diagnosticato uno dei seguenti tumori prima dei 50 anni?

**Tumore alla mammella
Cancro colo rettale
Cancro alla prostata
Cancro pancreatico
Cancro al polmone
Cancro all'ovaio
Qualsiasi cancro
Nessuno
Non so**

Ti è stata diagnosticata (una o più) qualsiasi delle seguenti condizioni polmonari?

**Enfisema
Broncopatia cronica ostruttiva
Fibrosi polmonare
Nessuna**

Qualcuna delle seguenti condizioni descrive la tua esposizione di fumo passivo di sigaretta?

**Esposizione a fumo passivo a casa per più di 10 anni
Esposizione a fumo passivo sul luogo di lavoro per più di 10 anni
Nessuna delle condizioni precedenti**

Sei stato esposto ad alti livelli di materiali nocivi ambientali (ad es. carbone, asbesto/amianto, silicio, radon sostanze tossiche chimiche)?

No Non so Si