



AMBULATORIO GENETICA CLINICA ADULTI

QUESTIONARIO DI FAMILIARITÀ ONCOLOGICA

La maggior parte delle neoplasie rappresenta un evento “sporadico” e riconosce una genesi multifattoriale, non è cioè imputabile a una singola causa ma a un insieme di cofattori il cui contributo specifico non è noto (ormonali, metabolici, ambientali, immunitari o genetici). Data l’elevata frequenza dei tumori nella popolazione generale la presenza di più familiari con diagnosi di neoplasia o lo sviluppo di neoplasie multiple nell’arco della vita non significa necessariamente che sia presente una predisposizione ereditaria in senso stretto, ma potrebbe essere dovuta a una semplice aggregazione casuale o all’effetto di comuni fattori di rischio. Solo in una minoranza dei casi l’insorgenza del tumore è correlata alla presenza di alterazioni genetiche predisponenti.

Il presente questionario mira a raccogliere le informazioni relative alla Sua storia personale e familiare allo scopo di definire se per Lei e/o la Sua famiglia si possa sospettare una condizione di suscettibilità genetica ai tumori e se vi sia indicazione ad avviare approfondimenti genetici mirati. La preghiamo pertanto di compilare il questionario seguendo le istruzioni sotto riportate.

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE:

- Il questionario va compilato **in ogni sua parte**, riportando negli appositi spazi le informazioni riguardanti **tutti i parenti, sia viventi che deceduti, con o senza diagnosi di tumore**.
- In assenza di **informazioni precise su date e/o età** si chiede di indicare un intervallo di riferimento (ad esempio: età attuale 25-30 anni; età decesso >80 anni; età alla diagnosi 40-50 anni oppure >60 anni, >70, >80, ecc.).
- **Allegare la documentazione** relativa ai tumori riportati sul questionario, sia del paziente che dei familiari (in particolare: i **referti istologici** e/o i **referti delle visite oncologiche**).
- Nel caso in cui siano già state eseguite **valutazioni genetiche e/o test genetici** da parte del paziente e/o dai familiari, si chiede di allegare i relativi referti.
- Firmare e datare il questionario, e inviarlo insieme alla documentazione raccolta all’indirizzo e-mail: **anatomia.patologica@asst-lariana.it** **PRIMA** del giorno in cui è stata fissata la visita genetica, in modo che possa essere valutata dal Medico Genetista.
- Per la visita sarà necessaria un’impegnativa per **“Prima Visita Genetica”** (codice reg. **89.7B.1**), rilasciata dal Medico di Medicina Generale (MMG) o da un Medico Specialista nell’ambito del percorso oncologico.

Ringraziando per la gentile collaborazione restiamo a disposizione per eventuali necessità o chiarimenti agli indirizzi mail: anatomia.patologica@asst-lariana.it; citogenetica@asst-lariana.it.

FRATELLI e SORELLE

[illegible]

NIPOTI

[illegible]

FAMIGLIA PATERNA

| COGNOME e NOME | È vivente? | | Ha avuto un tumore? | | | Tipo e Sede del Tumore | Età alla diagnosi |
|-------------------|---------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------|
| | Sì (età attuale) | No (età decesso) | No | Sì | Non so | | |
| PADRE | | | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| NONNO PATERNO | | | | | | | | |
|--|------------|--|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--|-------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| NONNA PATERNA | | | | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| ZII e ZIE PATERNI/E | | | | | | | | |
| Suo padre ha o ha avuto fratelli? | | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ; quanti? _____ | | Suo padre ha o ha avuto sorelle? | | | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ; quante? _____ | |
| COGNOME e NOME | Sesso | È vivente? | | Ha avuto un tumore? | | | Tipo e Sede del Tumore | Età alla diagnosi |
| | F / M | Sì (età attuale) | No (età decesso) | No | Sì | Non so | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| CUGINI/E PATERNI/E (figli/e degli zii e delle zie paterni/e) | | | | | | | | |
| Ha o ha avuto cugini/e paterni/e? | | | | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ; quanti M? _____ quante F? _____ | | | | |
| COGNOME e NOME | Sesso | È vivente? | | Ha avuto un tumore? | | | Tipo e Sede del Tumore | Età alla diagnosi |
| | F / M | Sì (età attuale) | No (età decesso) | No | Sì | Non so | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| FAMIGLIA MATERNA | | | | | | | | |
| COGNOME e NOME | È vivente? | | Ha avuto un tumore? | | | Tipo e Sede del Tumore | | Età alla diagnosi |

[illegible]

Indicare **paese d'origine** (se straniera) o **regione** (se italiana) dei nonni:

Nonno paterno: _____ Nonna paterna: _____

Nonno materno: _____ Nonna materna: _____

Indicare eventuali **familiari che sono o sono stati ricoverati o in cura c/o l'Ospedale Sant'Anna di Como**, specificando la data di nascita:

Indicare se eventuali familiari hanno eseguito **CONSULENZE GENETICHE e/o ANALISI GENETICHE** (allegare eventuale documentazione):

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali e familiari, ai sensi dei D.lgs. 196 del 30 giugno 2003 e 101 del 10 agosto 2018, e dichiaro di aver fornito le informazioni e la documentazione dei miei familiari con il loro consenso.

Data compilazione del questionario: _____

Firma