

Consulenza Genetica

Nel corso della consulenza genetica verrà raccolta la sua storia clinica personale e familiare: le verranno quindi poste domande sia sui parenti che hanno avuto un tumore (tipo di tumore, età alla diagnosi), sia su quelli in buona salute o deceduti.

Per aiutarla nel raccogliere le informazioni utili, la invitiamo a compilare in tutte le sue parti il questionario, che trova nelle pagine seguenti, e a portarlo in consulenza. Se non conosce l'età esatta di alcuni suoi parenti o l'età a cui sono mancati, è sufficiente che indichi un numero approssimativo (es. 40, 50, 60, 70 anni).

È inoltre fondamentale che porti in consulenza la sua documentazione clinica e istologica e, se possibile, anche quella dei suoi parenti che abbiano avuto diagnosi di neoplasia (esame istologico e relazione clinica riassuntiva).

Tali informazioni sono fondamentali per un corretto inquadramento dei rischi oncologici suoi e dei familiari e per valutare l'indicazione all'analisi genetica, responsabili della forma di predisposizione ereditaria allo sviluppo di neoplasie nota come Tumore ereditario della mammella e dell'ovaio.

L'analisi verrà eseguita presso il laboratorio Veritas Intercontinental in Barcellona, secondo il pannello analitico per predisposizione oncologica, comprendente 40 geni: BRCA1, BRCA2, APC, ATM, AXIN2, BAP1, BARD1, BMPR1A, BRIP1, CDH1, CDK4, CDKN2A, CHEK2, EPCAM, FLCN, GREM1, HOXB13, MITF, MLH1, MLH3, MSH2, MSH3, MSH6, MUTYH, NBN, NF1, NTHL1, PALB2, PMS2, POLD1, POLE, POT1, PTCH1, PTEN, RAD51C, RAD51D, SMAD4, STK11, SUFU, TP53.

Dati del caso indice

Cognome			Nome		
Data di nascita	___ / ___ / _____		Luogo di nascita		
Altezza (cm)			Peso (kg)		
Fuma?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Ha il diabete?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
			Prende medicine per la pressione alta?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Origine Etnica	<input type="checkbox"/> Bianca/Caucasica <input type="checkbox"/> Africana <input type="checkbox"/> Asiatica		<input type="checkbox"/> Mediorientale <input type="checkbox"/> Altro (specificare)		
	E' di origine Ebraica Ashkenazita?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
E' mai stato sottoposto a trapianto di fegato	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		E' in cura per patologia epatica o renale?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Le hanno mai detto che ha il colesterolo alto?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Non ne sono sicuro/a		
Si è mai sottoposto/a ad analisi genetiche per tumori ereditari?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Se SI: riportare eventuali mutazioni identificate					

Per i soggetti di sesso femminile

A che età ha avuto la prima mestruazione?			
Ha avuto figli? <input type="checkbox"/> SI, a che età ha avuto il primo figlio? <input type="checkbox"/> NO			
Ha avuto diagnosi di tumore?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, specificare: Sede:..... Tipo:..... Età della diagnosi	
Si è mai sottoposta a	Mastectomia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, specificare: Età:..... Mono / Bilaterale.....
	Ovarectomia bilaterale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	Biopsie mammarie	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, specificare: Età:..... Con quale diagnosi.....
	Trapianti di midollo osseo da donatore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	Trasfusioni di sangue nell'ultimo mese	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	Colonscopia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, specificare: Eventuali polipi (e relativo numero) o tumori: Età.....

Storia clinica personale (se non ha già risposto prima)

Ha o ha avuto diagnosi di **tumore**? NO SI

Se sì, indichi il tipo di tumore: _____

e l'età alla diagnosi _____ . Allegli il **referto istologico**.

Ha subito **interventi chirurgici** "rilevanti" (per esempio, isterectomia, annessiectomia)? NO SI

Se sì, indichi l'intervento chirurgico: _____ e l'età _____

Lei o qualcuno della Sua famiglia ha già eseguito **analisi genetiche**? NO SI , **se SI allegare il referto**.

Segnali di seguito se ha altre **patologie importanti**: _____

Fratelli e sorelle

Ha o ha avuto fratelli? NO SI Se SI, quanti _____

Ha o ha avuto sorelle? NO SI Se SI, quante _____

Nome e Cognome	Sesso		E' vivente?			Ha avuto un tumore?			Età alla diagnosi	Quanti figli ha avuto?
	M	F	Si (anno di nascita o età)	No (a quale età è morto)	Non so	Si: sede e tipo del tumore	No	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"/>		M _____ F _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M _____ F _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M _____ F _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M _____ F _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M _____ F _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M _____ F _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M _____ F _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M _____ F _____

Nipoti

Ci sono stati casi di tumore tra i Suoi nipoti? NO SI Se SI, quanti? ____ ; compilare la tabella

Nome e Cognome	Figlio di:	Sesso		E' vivente?			Sede del tumore	Età alla diagnosi
		M	F	Si (anno di nascita o età)	No (a quale età è morto)	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"/>		

Famiglia paterna

Nome e Cognome		E' vivente?			Ha avuto un tumore?			Età alla diagnosi
		Si (anno di nascita o età)	No (a quale età è morto)	Non so	Si: sede e tipo del tumore	No	Non so	
PADRE		<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NONNO PATERNO		<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NONNA PATERNA		<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ZII E ZIE PATERNI

Suo padre ha o ha avuto fratelli? NO SI Se SI, quanti _____
 Suo padre ha o ha avuto sorelle? NO SI Se SI, quante _____

Nome e Cognome	Sesso		E' vivente?			Ha avuto un tumore?			Età alla diagnosi	Quanti figli ha avuto?
	M	F	Si (anno di nascita o età)	No (a quale età è morto)	Non so	Si: sede e tipo del tumore	No	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"/>		M ____ F ____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ____ F ____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ____ F ____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ____ F ____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ____ F ____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ____ F ____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ____ F ____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ____ F ____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ____ F ____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ____ F ____

CUGINI E CUGINE PATERNI (figli/e degli zii e zie paterni)

Ci sono stati casi di tumore tra i Suoi cugini paterni? NO SI Se SI, quanti? ____ ; compilare la tabella

Nome e Cognome	Figlio di:	Sesso		E' vivente?			Sede del tumore	Età alla diagnosi
		M	F	Si (anno di nascita o età)	No (a quale età è morto)	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"/>		

Famiglia materna								
Nome e Cognome		E' vivente?			Ha avuto un tumore?			Età alla diagnosi
		Si (anno di nascita o età)	No (a quale età è morto)	Non so	Si: sede e tipo del tumore	No	Non so	
MADRE		<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NONNO MATERNO		<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NONNA MATERNA		<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ZII E ZIE MATERNI										
Sua madre ha o ha avuto fratelli?		<input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI		Se SI, quanti _____				
Sua madre ha o ha avuto sorelle?		<input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI		Se SI, quante _____				
Nome e Cognome	Sesso		E' vivente?			Ha avuto un tumore?			Età alla diagnosi	Quanti figli ha avuto?
	M	F	Si (anno di nascita o età)	No (a quale età è morto)	Non so	Si: sede e tipo del tumore	No	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"/>		M ____ F ____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ____ F ____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ____ F ____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ____ F ____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ____ F ____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ____ F ____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ____ F ____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ____ F ____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ____ F ____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M ____ F ____

CUGINI E CUGINE MATERNI (figli/e degli zii e zie materni)								
Ci sono stati casi di tumore tra i Suoi cugini materni? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Se SI, quanti? ____ ; compilare la tabella								
Nome e Cognome	Figlio di:	Sesso		E' vivente?			Sede del tumore	Età alla diagnosi
		M	F	Si (anno di nascita o età)	No (a quale età è morto)	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"/>		

Figli

Ha o ha avuto figli maschi? NO SI Se SI, quanti _____

Ha o ha avuto figlie femmine? NO SI Se SI, quante _____

Nome e Cognome	Sesso		E' vivente?			Ha avuto un tumore?			Età alla diagnosi	Quanti figli ha avuto?
	M	F	Si (anno di nascita o età)	No (a quale età è morto)	Non so	Si: sede e tipo del tumore	No	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"/>		M _____ F _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M _____ F _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M _____ F _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M _____ F _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M _____ F _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M _____ F _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M _____ F _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M _____ F _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M _____ F _____

NOTE:

Dati di chi ha compilato il questionario (persona che verrà contattata)

Cognome		Nome	
Data di nascita	____ / ____ / ____	Luogo di nascita	
Indirizzo		Città	
CAP		Provincia	
Email		Cellulare / Telefono	

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali e famigliari, ai sensi del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003, e dichiaro di aver fornito la documentazione dei miei famigliari con il loro consenso.

Data ____ / ____ / ____

Firma _____

Il presente questionario va utilizzato come riferimento per la raccolta delle informazioni utili in fase di consulenza genetica	Può essere utilizzato al momento della consulenza genetica o compilato e spedito a: info@gruppoexamina.it
Per informazioni e prenotazioni: Examina, corso Massimo d'Azeglio 30, 10125 Torino - Telefono 011 6507896 / 011 5069826	