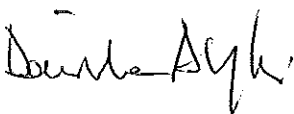





 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>Procedura</b>	Codice Aziendale PP003
	<b>Titolo</b> Secondo livello Screening Mammografico	<b>Pag 1 di 20</b>  Ed. 1 Rev.0
	<b>Unita'</b> Prevenzione secondaria	

**Gruppo di redazione:** Daniela Ambrogetti, Elisabetta Gentile

	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDAZIONE	D. Ambrogetti	Resp. Percorso	12/10/2011	
VERIFICA	P. Mantellini	Resp. S.S CRR	21/12/2011	
APPROVAZIONE	E. Gentile	Resp. Organizzativo	21/12/2011	

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>Procedura</b>	Codice Aziendale
	<b>Titolo</b> Secondo livello Screening Mammografico	<b>Pag 2 di 19</b>
	<b>Unità'</b> Prevenzione secondaria	

## INDICE

1.	SCOPO.....	pag. 3
2.	CAMPO DI APPLICAZIONE.....	pag. 3
3.	TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI.....	pag. 3
4.	RESPONSABILITÀ.....	pag. 4
5.	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ.....	pag. 4
6.	RIFERIMENTI.....	pag. 9
7.	ALLEGATI.....	pag. 9
8.	APPARECCHIATURE.....	pag. 9

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>Procedura</b>	Codice Aziendale
	<b>Titolo</b> <b>Secondo livello Screening Mammografico</b>	<b>Pag 3 di 19</b>
	<b>Unita'</b> <b>Prevenzione secondaria</b>	

## 1. SCOPO

### OBIETTIVO SPECIFICO

Il 2° livello diagnostico segue l'esame mammografico (test di screening) quando dopo la doppia lettura uno o entrambi i radiologi lo richiedono. Il richiamo al secondo livello avviene per:


- segnalazione di sintomi
- inadeguato tecnico
- dubbio diagnostico
- sospetto/ positivo

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il protocollo si applica nell'ambito degli approfondimenti dei casi risultati dubbi/positivi al test di screening mammografico. Gli esami sono effettuati presso il Presidio di Villa delle Rose.

## 3. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

CS	Centro Screening
EC	Esame clinico
CB	Core Biopsy
CC	Proiezione Cranio Caudale
CS	Centro Screening
DX	Destra
FNAC	Fine Needle Aspiration Citology
G	Gauge (indicatore diametro ago )
LGE	Linee Guida Europee
MLO	Proiezione Obliqua Medio Laterale
MX	Mammografia
P. C.C. R	Proiezione Cranio Caudale ruotata
SIN	Sinistra
TSRM	Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
VABB	Vacuum-Assisted Breast Biopsy

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>Procedura</b>	Codice Aziendale
	<b>Titolo</b> Secondo livello Screening Mammografico	<b>Pag 4 di 19</b>
	<b>Unità'</b> Prevenzione secondaria	

#### 4. RESPONSABILITA

Figura che svolge l'attività	<i>TSRM</i>	<i>INFERMIERA</i>	<i>MEDICO RADIOLOGO</i>
Descrizione delle Attività			
1.Decisione se effettuare il richiamo			R
2.Organizzazione ambulatori e comunicazione appuntamento utenza	C	R	C
3.Esecuzione approfondimento radiologico	R		C
4.Interpretazione approfondimento radiologico			R
5 Esecuzione Ecografia		C	R
6 Comunicazione diagnosi		C	R
7 Supporto organizzazione iter terapeutico		R	C

**R = Responsabile    C = Coinvolto**

#### 5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

##### Premessa

Qualora sia necessario un approfondimento mediante indagini di II livello (radiologico, clinico, ecografico), la donna viene contattata telefonicamente dalle infermiere del CS.

Quando necessario per la caratterizzazione dell' anomalia rilevata vengono eseguiti prelievi per esame citologico e/o microistologico, solitamente imaging guidati (ecografia/stereotassi). Le risorse impiegate sono:

##### a) Strumentazione:

- mammografo
- ecografo

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>Procedura</b>	Codice Aziendale
	<b>Titolo</b> <b>Secondo livello Screening</b> <b>Mammografico</b>	<b>Pag 5 di 19</b>
	<b>Unità'</b> <b>Prevenzione secondaria</b>	

- tavolo stereotassico

- sistema informatico (hardware e software) per la registrazione degli esami eseguiti e dei relativi risultati

b) Personale:

- Medico radiologo,
- Infermiera.
- Tecnico di radiologia,
- Cito-patologo,

Richiamo al secondo livello

Nel caso di test di primo livello dubbi/positivi, il CS contatta l'utente 1-2 giorni prima dell'appuntamento per l'approfondimento, completando, nel minor tempo possibile, tutte le procedure diagnostiche.

Al momento dell'approfondimento l'alterazione mammografia, che ha generato il richiamo per approfondimenti, viene registrata nell'archivio informatizzato (PSCR) seguendo una specifica codifica che prevede 5 categorie diagnostiche (R1/R2/R3/R4/R5):

R1 : negativo , ritorna allo screening;

R2 : benigno, ritorna allo screening;

R3 : presenza di anomalità di significato indeterminato (dubbio, probabilmente benigno);

R4 : alterazioni sospette per malignità (sospetto);

R5 : alterazioni maligne (positivo)

Al fine di facilitare la comunicazione interdisciplinare, anche gli eventuali esami ecografici, citologici e micro istologici sono codificati secondo una classificazione così rappresentata:

#### **Esami ecografici**

U1 negativo

U2 benigno

U3 dubbio

 <b>ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</b>	<b>Procedura</b>	Codice Aziendale
	<b>Titolo</b> <b>Secondo livello Screening Mammografico</b>	<b>Pag 6 di 19</b>
	<b>Unità'</b> <b>Prevenzione secondaria</b>	

U4 sospetto

U5 positivo

#### **Esami citologici**

C1 non valutabile/cellule adipose;

C2 negativo;

C3 dubbio, presenza di cellule atipiche;

C4 sospetto per carcinoma;

C5 positivo per carcinoma.

#### **Esami micro istologici**

B1 tessuto mammario normale;

B2 lesione benigna;

B3 lesione a potenziale di malignità incerto;

B4 lesione sospetta ma non certamente maligna;

B5 lesione neoplastica maligna

#### **Ruolo del radiologo**

Il radiologo, dopo la lettura della mammografia analogica o digitale, barra sulla scheda cartacea di refertazione il risultato dell'esame mammografico (doppia lettura informata) e nel caso decida per un richiamo a secondo livello, segnala il motivo del richiamo (sintomo, richiamo tecnico, richiamo per anormalità) e l'esame di approfondimento richiesto (proiezioni radiologiche aggiuntive, esame clinico, ecografia, ago aspirato/esame biptico)


#### **APPROFONDIMENTI DI 2° LIVELLO**

L'approfondimento diagnostico di 2° livello si avvale di procedure non invasive e invasive.

##### Procedure non invasive

1) Proiezioni mammografiche accessorie / Esami mirati

2) Esame clinico

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>Procedura</b>	Codice Aziendale
	<b>Titolo</b> Secondo livello Screening Mammografico	<b>Pag 7 di 19</b>
	<b>Unita'</b> Prevenzione secondaria	

### 3) Ecografia

#### 1) Proiezioni mammografiche accessorie

Il TSRM esegue ulteriori radiogrammi da utilizzare per la caratterizzazione delle alterazioni rilevate al test mammografico di primo livello

- Proiezione medio-laterale (ML).

La ML è una proiezione ortogonale e complementare alla proiezione cranio caudale che consente, nel caso di una lesione non palpabile, una sua corretta localizzazione spaziale.

- Proiezioni cranio-caudali ruotate (PCCR)

La PCCR, sfalsando le strutture all'interno della ghiandola mammaria, elimina la possibilità di false immagini generate dalla sovrapposizione di tessuto ghiandolare mammario

- Proiezioni particolari in presenza di protesi ghiandolari.

Tali proiezioni, che si effettuano in caso di protesi localizzate in sede retro muscolare e in aggiunta alle proiezioni standard, permettono di studiare meglio il parenchima mammario.

Le protesi, con questa tecnica, vengono spostate posteriormente e superiormente contro la parete toracica, il parenchima mammario, che risulta in posizione anteriore rispetto alla protesi, viene posizionato sul piano di appoggio e tenuto in sede con il compressore, secondo la tecnica di Eklund;

- Esami mirati :


#### a. Dettaglio radiologico

Per effettuare tali esami si utilizzano un limitatore (limita l'esposizione radiologica) e un compressore di piccole dimensioni che permettono di:

- dissociare le strutture del parenchima mammario eliminando eventuali artefatti dovuti alla sovrapposizione
- distendere anche modeste quantità di tessuto
- valutare i contorni di lesioni di piccole dimensioni, anche quando localizzate in sedi particolari (quadrante supero interno, solco sottomammario ed aree contigue alla parete toracica)

#### b. Ingrandimento mammografico diretto:

si utilizza per lo studio delle microcalcificazioni e delle distorsioni parenchimali.

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>Procedura</b>	Codice Aziendale
	<b>Titolo</b> <b>Secondo livello Screening Mammografico</b>	<b>Pag 8 di 19</b>
	<b>Unità'</b> <b>Prevenzione secondaria</b>	

## 2) Esame clinico

Il radiologo ispeziona le mammelle e procede alla palpazione del seno e del cavo ascellare bilateralmente

## 3) Ecografia delle mammelle e del cavo ascellare

L'ecografia è un esame di approfondimento che rappresenta un utile supporto alla diagnosi di alterazioni evidenziate con la mammografia nonché una guida per l'effettuazione di approfondimenti invasivi (prelievi cito/microistologici).

Le apparecchiature ecografiche utilizzate devono essere provviste di sonde ad elevata frequenza (10-15 Mhz).

### Procedure invasive

Le procedure invasive comprendono:

- 1) Esame citologico
- 2) Esame microistologico
- 3) Duttugallattografia (vedi procedura relativa)

Il prelievo per esame citologico/microistologico può essere eseguito sia a mano libera (lesioni palpabili) che sotto guida strumentale, (ecografia / stereotassi): la guida strumentale è comunque preferibile al prelievo a mano libera anche in caso di lesione palpabile e si utilizza la guida ecografica quando la lesione è rilevabile all'esame ecografico, quella stereotassica quando questa è apprezzabile solo all'esame radiologico.


### 1) Esame citologico

Utilizzando aghi da 19-21G si campiona materiale dalle lesioni mammarie, questo viene strisciato e fissato su vetrini portaoggetti inviati al laboratorio di citopatologia per l'esame citologico.

### 2) Esame microistologico

Microbiopsia : è una tecnica di ausilio all'esame clinico e alle metodiche d'imaging, utilizzata al fine di identificare la natura delle alterazioni rilevate. L'indagine può essere eseguita in anestesia locale, su guida strumentale, ecografica o stereotassica, dopo lettura e firma di un consenso



 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>Procedura</b>	Codice Aziendale
	<b>Titolo</b> <b>Secondo livello Screening Mammografico</b>	<b>Pag 9 di 19</b>
	<b>Unità'</b> <b>Prevenzione secondaria</b>	

informato da parte della donna: si utilizza l'ecografia ogni qual volta la lesione rilevata è ecorilevabile, utilizzando aghi trancianti da 14G (Core Biopsy).

Quando la lesione è documentabile solo all'esame mammografico si utilizza per il prelievo la guida radiostereotassica con retroaspirazione (VABB) con aghi da 8-14-11G: i frustoli campionati si inviano in appositi contenitori in formalina all'Anatomia patologica per l'esame istologico (vedi procedura relativa invio e trasporto materiale biologico).

Al termine del percorso di approfondimento,

1) in caso di approfondimento negativo:

- La donna rientra nello screening,
- La donna viene richiamata prima dell'intervallo di screening (early recall a 6 mesi o un anno).

2) in caso di approfondimento positivo viene consigliato l'intervento chirurgico.

***Diagramma di flusso delle attività (vedi ultima pagina)***

## 6. RIFERIMENTI

European Guidelines for quality assurance in mammography screening, fourth edition (2006).

## 7. ALLEGATI

**7.1** Scheda lettura test di screening

**7.2** Scheda riassuntiva approfondimenti del secondo livello

**7.3** Scheda esame clinico

**7.4** Scheda esame ecografico

**7.5** Scheda prelievo per esame microistologico

**7.6** Scheda esame duttografico

## 8. APPARECCHIATURE

Mammografo Digitale GE Senographe 2000

Ecografo Technos Esaote

Tavolo stereotassico Fischer – Mammotest Plus/S



ISTITUTO PER LO STUDIO  
E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA

## Procedura

Codice Aziendale

Titolo

Secondo livello Screening  
Mammografico

Pag 10 di 19

Unità'

Prevenzione secondaria

**ALLEGATO 7.1**

**SCREENING MAMMOGRAFICO  
CARTELLA MAMMOGRAFICA**

**ispc** ISTITUTO PER LO STUDIO  
E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA

**Adesso  
Iniziativa  
Breast**  
ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

**Programma di nome** \_\_\_\_\_

**Data di nascita** \_\_\_\_\_ **Codice paziente** \_\_\_\_\_

**Indirizzo** \_\_\_\_\_ **Medico curante** \_\_\_\_\_

**Sintomi**

Dx	Sx	Descrizione	Dx	Sx	Descrizione
1	1	Assenti	1	1	Cicatrici
2	2	Ulcere	2	2	Macchiette
3	3	Tumefazione	3	3	Conoscenza
4	4	Distensione	4	4	Protesi
5	5	Alterazioni cut.			
6	6	Alterazioni papillari			
7	7	Alterazioni areolar			
8	8	Altri			

**NOTE** \_\_\_\_\_

**Precedenti RX**

1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3

**Definizione radiologica**

1° livello		2° livello		3° livello	
Dx	Sx	Dx	Sx	Dx	Sx
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6

**Altri dati**

Dx	Sx	Descrizione
1	1	Ipotesi obliqua
2	2	Grasso cutaneo
3	3	Masto labiale
4	4	Ingrandimento
5	5	Paraffina
6	6	Altri

**Pattern M**

0 - 25	26 - 50	51 - 75	> 75
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3

**Altri dati**

1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6

**Altri dati**

1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6

**Altri dati**

1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6

**Altri dati**

1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6

**Altri dati**

1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6

**Altri dati**

1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6

**Altri dati**

1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6

**Altri dati**

1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6

**Altri dati**

1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6

**Altri dati**

1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6

**Altri dati**

1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6

**Altri dati**

1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6

**Altri dati**

1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6

**Altri dati**

1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6

**Altri dati**

1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6

**Altri dati**

1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6

**Altri dati**

1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6

**Altri dati**

1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6

**Altri dati**

1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6

**Altri dati**

1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6

**Altri dati**

1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6

**Altri dati**

1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6

**Altri dati**

1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6

**Altri dati**

1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6

**Altri dati**

1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6

**Altri dati**

1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6

**Altri dati**

1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6

**Altri dati**

1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6

**Altri dati**

1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6

**Altri dati**

1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6

**Altri dati**

1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6

**Altri dati**

1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6

**Altri dati**

1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6

**Altri dati**

1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6

**Altri dati**

1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1
2					



ISTITUTO PER LO STUDIO  
E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA

Procedura

Codice Aziendale

Titolo

Secondo livello Screening  
Mammografico

Pag 11 di 19

Unita'

Prevenzione secondaria

SCHEDA PER LA RACCOLTA DELL'ANAMNESI SENOLOGICA

1. Presenta disturbi al seno?

SI ☐

NO ☐

Se sì, quale dei seguenti? (segnalare il lato e da quanto tempo)

- ☐ dolore ☐ DX ☐ SX  
☐ nodulo ☐ DX ☐ SX  
☐ liquido dal capezzolo (secrezione) ☐ DX ☐ SX  
☐ altri problemi al capezzolo ☐ DX ☐ SX  
☐ irriducibili dell'ascella ingrossati ☐ DX ☐ SX  
☐ altro \_\_\_\_\_ ☐ DX ☐ SX

Da quanto tempo?  
meno di 1 mese ☐  
1-3 mesi ☐  
1-2 anni ☐

2. Presenta cicatrici, verruche, nei... al seno?

SI ☐

NO ☐

Se sì, segnalare il lato

☐ DX ☐ SX

3. Sta facendo terapie ormonali per la menopausa?

SI ☐

NO ☐

Se sì, da quanti anni

4. Ci sono stati casi di tumore al seno nella Sua famiglia?

SI ☐

NO ☐

Se sì, chi ha avuto questa malattia?

- ☐ madre ☐ zia/zio  
☐ sorella/e ☐ nonna  
☐ fratello ☐ altri familiari

5. Vista informativa consegnatami (art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196) acconsento al trattamento dei dati personali

SI ☐

NO ☐

Tel.

Cod.

Firma leggibile



ISTITUTO PER LO STUDIO  
E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA

## Procedura

Codice Aziendale

## Titolo

Secondo livello Screening  
Mammografico

Pag 12 di 19

## Unità'

Prevenzione secondaria

ALLEGATO 7.2



ISTITUTO PER LO STUDIO  
E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA

U.O. Prevenzione Secondaria Screening

Via Cosimo il Vecchio, 2 - Firenze Telefono 055 32697881  
Ente costituito con D.M. 10000/96 n. 3 del 01.02.2005

### APPROFONDIMENTO

Cognome e nome \_\_\_\_\_  
Età \_\_\_\_\_ Data esame \_\_\_\_\_ Codice \_\_\_\_\_

#### MOTIVO RICHIAMO

1a	2a	
1	1	SINTOMI
2	2	OPACITA' CONTORNI REGOLARI
3	3	OPACITA' CONTORNI IRREGOLARI
4	4	DISTORSIONE
5	5	MICROCALCIFICAZIONI
6	6	MICRO - OPACITA' CONTORNI REGOLARI
7	7	MICRO - OPACITA' CONTORNI IRREGOLARI
8	8	MICRO - DISTORSIONE
9	9	ADDENSAMENTO ASIMMETRICO
10	10	FRAME NON RIUSCITO
11	11	CONTROLLO

#### SEDE E DIMENSIONI DEL REPERTO

PROLUNGAMENTO ASCELLARE	1	1	1	1	1
Q. SUPERIORE ESTERNO	2	2	2	2	2
Q. SUPERIORE CENTRALE	3	3	3	3	3
Q. SUPERIORE INTERNO	4	4	4	4	4
Q. ESTERNI CENTRALMENTE	5	5	5	5	5
Q. INTERNI CENTRALMENTE	6	6	6	6	6
Q. INFERIORE ESTERNO	7	7	7	7	7
Q. INFERIORE CENTRALE	8	8	8	8	8
Q. INFERIORE INTERNO	9	9	9	9	9
REGIONE AREOLARE	10	10	10	10	10

#### DIAGNOSI

NEGATIVO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
BI-MIXTO	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
DIFFUSO	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
SOFT TISSUE	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
FOCUS	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
NON VALUTABILE	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
NON VALUTABILE (DESCRIZIONE)	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
NON PRECISO	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
DESCRIZIONE ALTERNATIVA	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
DATA ESAME																	

#### Malattia

☐ UNICO  
☐ MULTIPLO

#### Prevenzione primaria

1 1 VISITA  
2 2 ECO  
3 3 ECO LINEONDO  
4 4 APPOSIZIONE O SEGREZIONE  
5 5 STEREOFILASSI

#### Prevenzione primaria

1 1 VISITA  
2 2 ECOGRAFA

#### Prevenzione primaria

1 1 VISITA  
2 2 ECOGRAFA  
3 3 STEREOFILASSI  
4 4 MAMMOLOGIA

#### CONSIGLIO

2 2 RIENTRA NEL PROTOCOLLO DI SCREENING: 2 PROFFIZIONI  
4 4 CONTROLLO A 1 ANNO: 2 PROFFIZIONI  
5 5 CONTROLLO RAVVICINATO  
6 6 EXCESSI  
7 7 ALTRO

CODICE MEDICO

TECNICO RM

CODICE ASSISTENTE

CODICE INFERITORE

DATA CONSEGNA REL. L.R. O CONCLUSIVO



ISTITUTO PER LO STUDIO  
E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA

## Procedura

Codice Aziendale

Titolo  
Secondo livello Screening  
Mammografico

Pag 13 di 19

Unità'

Prevenzione secondaria



ISTITUTO PER LO STUDIO  
E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA

ALLEGATO 7.3

Mod. A7805

TPO RECORD [3] COGNOME E NOME

2 N. GATELLA 7 8 DATA ESAME 11 12 DATA ULTIMO CICLO 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000

### SINTOMI SOGGETTIVI

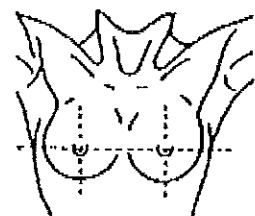
Da Da  
1 1 ASSENTI  
2 2 DOLORE  
3 3 PRESENTI PER  
4 4 MASTECTOMIA  
14 14

Da Da  
1 1 TUMEFAZIONE  
2 2 SECREZIONE  
3 3 ALTERAZIONE CUTI  
4 4 ALTERAZIONE CAPEZZOLO  
5 5 LINFONODI ASCELLARI  
6 6 ALTRO



NOTE:

### DESCRIZIONE OBIETTIVA



### CARATTERISTICHE DEL REPERTO CLINICO PRINCIPALE

#### REPERTO CLINICO (Max 1)

Da Da  
1 1 QUADRO NORMALE  
2 2 ADDENSAMENTO UNICO  
3 3 ADDENSAMENTI MULTIPLI  
4 4 ADDENSAMENTO NODULARE UNICO  
5 5 ADDENSAMENTI NODULARI MULTIPLI  
6 6 NODULO UNICO  
7 7 NODULI MULTIPLI  
8 8 ADDENSAMENTO DIFFUSO  
9 9 ALTRO  
14 14

#### LINFONODI ASCELLARI

Da Da  
1 1 NON PALPABILI  
2 2 PALPABILI BENIGNI  
3 3 PALPABILI SOSPETTI  
14 14

#### GIUDIZIO CLINICO

Da Da  
1 1 NEGATIVO  
2 2 BENIGNO  
3 3 DUBBIO  
4 4 SOSPETTO/POSITIVO  
14 14



ISTITUTO PER LO STUDIO  
E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA

## Procedura

Codice Aziendale

## Titolo

### Secondo livello Screening Mammografico

Pag 14 di 19

## Unità'

Prevenzione secondaria

ALLEGATO P.3 (RETRO)

#### DIAGNOSI ORIENTATIVA (Max 1)

- | Dx | Sx |
|----|----|
| 1  | 1  |
| 2  | 2  |
| 3  | 3  |
| 4  | 4  |
| 5  | 5  |
| 6  | 6  |
| 7  | 7  |
| 8  | 8  |
| 9  | 9  |
| 10 | 10 |
| 11 | 11 |
| 12 | 12 |

#### DIAGNOSI CLINICA

#### NOTE

#### CONSIGLIO (di massima se sono richiesti altri esami)

- | Dx | Sx |
|----|----|
| 1  | 1  |
| 2  | 2  |
| 3  | 3  |
| 4  | 4  |
| 5  | 5  |
| 6  | 6  |
| 7  | 7  |
| 8  | 8  |
| 9  | 9  |
| 10 | 10 |
| 11 | 11 |
| 12 | 12 |

MILUO ...  
ASS. SANITARIO ...

#### SCHE E DIMENSIONI DEL REPERTO

- |                         | Dx | Sx |
|-------------------------|----|----|
| PROLUNGAMENTO ASCELLARE | 1  | 1  |
| Q. SUPERO ESTERNO       | 2  | 2  |
| Q. SUPERO CENTRALE      | 3  | 3  |
| Q. SUPERO INTERNO       | 4  | 4  |
| Q. ESTERNO CENTRALMENTE | 5  | 5  |
| Q. INTERNO CENTRALMENTE | 6  | 6  |
| Q. INFERO ESTERNO       | 7  | 7  |
| Q. INFERO CENTRALE      | 8  | 8  |
| Q. INFERO INTERNO       | 9  | 9  |
| REGIONE AREOLARE        | 10 | 10 |

#### CUTE SOVRASTANTE (Max 1)

- | Dx | Sx |
|----|----|
| 1  | 1  |
| 2  | 2  |
| 3  | 3  |
| 4  | 4  |
| 5  | 5  |
| 6  | 6  |
| 7  | 7  |
| 8  | 8  |
| 9  | 9  |
| 10 | 10 |

#### CAPEZZOLO (Max 1)

- | Dx | Sx |
|----|----|
| 1  | 1  |
| 2  | 2  |
| 3  | 3  |
| 4  | 4  |
| 5  | 5  |
| 6  | 6  |
| 7  | 7  |
| 8  | 8  |
| 9  | 9  |
| 10 | 10 |

#### SECCZIONE

- | Dx | Sx |
|----|----|
| 1  | 1  |
| 2  | 2  |
| 3  | 3  |
| 4  | 4  |
| 5  | 5  |
| 6  | 6  |
| 7  | 7  |
| 8  | 8  |
| 9  | 9  |
| 10 | 10 |

#### ESAMI RICHIESTI

- | Dx | Sx |
|----|----|
| 1  | 1  |
| 2  | 2  |
| 3  | 3  |
| 4  | 4  |
| 5  | 5  |
| 6  | 6  |
| 7  | 7  |
| 8  | 8  |
| 9  | 9  |
| 10 | 10 |

#### NOTE E CONSIGLIO DEFINITIVO





ISTITUTO PER LO STUDIO  
E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA

Procedura

Codice Aziendale

Titolo

Secondo livello Screening  
Mammografico

Pag 15 di 19

Unità'

Prevenzione secondaria



ISTITUTO PER LO STUDIO  
E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA

SENOLOGIA  
CARTELLA ECOGRAFICA

Mod. A/9/94

TPC RICORDO [2]

COCHIARE E IONE

TL CARTELLA

DATA ESAME

DATA ULTRASUONO

TLA

DI

SA

SINTOMI SOGGETTIVI

Da

SA

[1]

[1]

ASSENTI

[2]

[2]

COLORE

[3]

[3]

PRESENTI PER

[4]

[4]

MASTECTOMIA

Da

SA

[1]

[1]

TUMEFATONE

[2]

[2]

REDREZ ONE

[3]

[3]

ALTERAZIONE CUTI

[4]

[4]

ALTERAZIONE CAPPEZZOLO

[5]

[5]

LINFONODI ASCELLARI

[6]

[6]

ALTRO

NOTE:

#### SEDE E DIMENSIONI DEL REPERTO

	Area	Di	SA	Area	Di	SA
P.FOUNDAMENTO ASCELLARE	[1]	<0.5	[1]	[2]	>0.5	[1]
Q. SUPERIO ESTERNO	[2]	0.5-1	[2]	[3]	1.5-2	[2]
Q. SUPERIO CENTRALE	[3]	1-2	[3]	[4]	2-3	[3]
Q. SUPERIO INTERNO	[4]	2-3	[4]	[5]	3-4	[4]
Q. ESTERNO CENTRALMENTE	[5]	3-4	[5]	[6]	4-5	[5]
Q. INTERNO CENTRALMENTE	[6]	4-5	[6]	[7]	5-6	[6]
Q. INFERIO ESTERNO	[7]	5-6	[7]	[8]	6-7	[7]
Q. INFERIO CENTRALE	[8]	6-7	[8]	[9]	7-8	[8]
Q. INFERIO INTERNO	[9]	7-8	[9]	[10]	8-9	[9]
REGIONE AREOLARE	[10]	>8	[10]	[11]	>8	[10]

ALLEGATO F.4 (RETRO)



**CONCLUSIONI DIAGNOSTICHE**

Dx	Sn		Dx	Sn	
<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 01	Negativo	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 03	Cisti in vegetazione
<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 02	Lipoma	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 04	Affollamento parenchima
<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 03	Fibroadenoma	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 05	Esiti intervento chirurgico
<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 04	Flogosi	<input type="checkbox"/> 06	<input type="checkbox"/> 06	Sospetta neoplasia
<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 05	Patologia duttale	<input type="checkbox"/> 07	<input type="checkbox"/> 07	Ginecomastia
<input type="checkbox"/> 06	<input type="checkbox"/> 06	Cisti unica	<input type="checkbox"/> 08	<input type="checkbox"/> 08	Altro
<input type="checkbox"/> 07	<input type="checkbox"/> 07	Cisti multiple			

**ESAMI RICHIESTI**

Dx	Sn	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	Visita
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	Agoaspirazione
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	Mammografia
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	Mammotest
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	Biopsia
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	Agocentesi
<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	Agobiopsia infondata
<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	Altro

**CONSIGLIO (di massima se sono stati richiesti altri esami)**

Dx	Sn	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	EXERCER
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	ALTRA TERAPIA
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	CONTROLLO BREVE SO.
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	1 mese
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	3 mesi
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	6 mesi
<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	1 anno
<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	2 anni
<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	AUTOPAUSAZIONE

**ESAME CONSIGLIATO**

VISITA	<input type="checkbox"/> 1
MAMMOGRAFIA I.P.	<input type="checkbox"/> 2
MAMMOGRAFIA P.P.	<input type="checkbox"/> 3
ECCODIAGN.	<input type="checkbox"/> 4
ALTRO	<input type="checkbox"/> 5

**NOTE E CONSIGLIO DEFINITIVO**

ESAMINATORE

ASS. SANITARIO





ISTITUTO PER LO STUDIO  
E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA

## Procedura

Codice Aziendale

## Titolo

Secondo livello Screening  
Mammografico

Pag 17 di 19

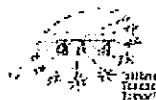
## Unità'

Prevenzione secondaria

ALLEGATO 7.5



ISTITUTO PER LO STUDIO  
E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA



## AGNOSIOSIA

COGNOME NOME \_\_\_\_\_  
DATA NASCITA \_\_\_\_\_ CODICE \_\_\_\_\_ DATA ESAME \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_  
LATO ESAME 1 Destra  
2 Sinistra

TPO LESIONE (max 2)	SEDE E DIMENSIONI	GIUDIZIO
1 O: solo asiale	1 Esteso/centro ascellare	1 negativo
2 Opacità sfumata	2 Quattro quadranti	2 benigno
3 Opacità triangolare	3 Quattro quadranti	3 dubbio
4 Anomalia della parenchima	4 Quattro quadranti	4 sospetto
5 Irregolarità	5 Infero-esterno	5 positivo
6 Microcalcificazioni	6 Infero-centrale	
7 Altro non rispondibile	7 Infero-esterno	
	8 Infero-centrale	
	9 Infero-esterno	
	10 Regione areolare	

BIOMIA	TPO ESAME (max 2)	PROIEZIONE (per stereotassi)
1 Palpazione	1 Bilaterale	1 cranio-caudale
2 Ecografia	2 Non motomo	2 latero-mediale
3 Stereotassi	3 Repetizione con cartona	3 medio-laterale
	4 con filo metallico	4 oblique grani
	5 Citologia (stereotassi)	5 cranio laterale

AGO CALIBRO	N. FRUSTOLI	GRUPP. METALLICA	RX FRUSTOLI
_____	_____	1 posizionata	1 micro presenti
		2 non posizionata	2 micro assenti
			3 non eseguita

ISTOLOGIA	CALIFICAZIONI ISTOLOGICHE	CODICE (istologico)
10 Med. ghiandolare non neoplastica	1 assenti	_____
11 Benigno	2 in lesione benigna	
12 Ducto, neoplasia a polarità di malignità incerta	3 in lesione maligna	
13 Invasivo	4 in carcinoma	
14 Alloggio		
	1 ca. in situ	
	2 ca. infiltrante	
	3 non definito	
	4 altra malignità	

### CONSENTO

1 Espressi  
2 Altro tipo  
3 Contro  
4 Contro a due anni  
5 Altro

REFERTO PATOLOGICO

SEDE SERVIZIO ISTOLOGIA

RADILOGO

TECNICO

ASSISTENTE

TPO DI ESAME



ISTITUTO PER LO STUDIO  
E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA

## Procedura

Codice Aziendale

## Titolo

Secondo livello Screening  
Mammografico

Pag 18 di 19

## Unita'

Prevenzione secondaria



CENTRO P



ISTITUTO PER LO STUDIO  
E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA

ONCOLOGICA

## DUTTOGRAFIA

ALLEGATO F.6

TIPO RICORDO ☒ 1

DOSSIERE E INCHIESTA

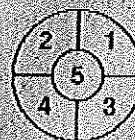
21. N. CASSELLA

22. N. CASSELLA

23. N. CASSELLA

### SEDE ORIFZI DUTTALI

Dx Si



11. B. ...

### ESAME NON RIUSCITO

- ☐ 1. CX  
☐ 2. SX  
☐ 3. AL

### REFERTI DUTTOGRAFICI (Max 2)

- Dx Si
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. NORMALI                      | <input type="checkbox"/> 2. DIFETTO DI RIEMPIMENTO          |
| <input type="checkbox"/> 3. PROLIFERAZIONE DUTTALI UNICA | <input type="checkbox"/> 4. PROLIFERAZIONE DUTTALI MULTIPLE |
| <input type="checkbox"/> 5. STENOSI DUTTALE              | <input type="checkbox"/> 6. DILATAZIONE IN TOTO             |
| <input type="checkbox"/> 7. DILATAZIONE SLOMENTARIA      | <input type="checkbox"/> 8. DILATAZIONE A TIPO CISTICA      |
| <input type="checkbox"/> 9. DISLOCAZIONE IN TOTO         | <input type="checkbox"/> 10. DISLOCAZIONE SEGMENTARIA       |
| <input type="checkbox"/> 11. SIHVASCO                    | <input type="checkbox"/> 12. INTERRUZIONE                   |
- 13-15. 17-19

### DIAGNOSI DUTTOGRAFICA

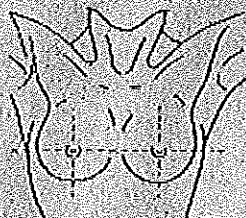
- Dx Si
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. NEGATIVO                              | <input type="checkbox"/> 2. PAPILOMA SINGOLO            |
| <input type="checkbox"/> 3. PAPILOMI MULTIPLI                     | <input type="checkbox"/> 4. DISTICCHIA CIST.            |
| <input type="checkbox"/> 5. NEOFORMAZIONE BENIGNA EXTRA DUTTAL F. | <input type="checkbox"/> 6. SOUSSETTA NEOPLASIA MALIGNA |
| <input type="checkbox"/> 7. NEOPLASIA MALIGNA                     | <input type="checkbox"/> 8. ALTRO                       |
10. 21.

### ESAMI RICHIESTI

- Cx Si
- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1. VISITA | <input type="checkbox"/> 2. ES. CITOLOGICO SEGREZIONE |
| <input type="checkbox"/> 3. ALTRO  |   |
21. 22.

### CONSIGLIO

- Dx Si
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. EXERES             | <input type="checkbox"/> 2. ALTRA TERAPIA  |
| <input type="checkbox"/> 3. CONTROLLO BREVE SC | <input type="checkbox"/> 4. VISITA         |
| <input type="checkbox"/> 5. 1 mese             | <input type="checkbox"/> 6. MAMMOGRAFIA    |
| <input type="checkbox"/> 7. 3 mesi             | <input type="checkbox"/> 8. CITOLOGIA      |
| <input type="checkbox"/> 9. 6 mesi             | <input type="checkbox"/> 10. CITO + VISITA |
| <input type="checkbox"/> 11. 1 anno            | <input type="checkbox"/> 12. ALTRO         |
| <input type="checkbox"/> 13. 2 anni            | <input type="checkbox"/> 14. 35            |
| <input type="checkbox"/> 15. AUTOPALPAZIONE    |  |
21. 22.




NOTE:

ESAMINATORE

TECNICO SRM

Mod 3-4

 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	Procedura	Codice Aziendale
	Titolo Secondo livello Screening Mammografico	Pag 19 di 19
	Unità' Prevenzione secondaria	

### Diagramma di flusso

