



ISTITUTO PER LO STUDIO  
E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA

Procedura	Codice Aziendale
Titolo  Secondo livello Screening Mammografico	PP003
Unita'  Prevenzione secondaria	Pag 1 di 20  Ed. 1 Rev.0

**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	

Procedura	Codice Aziendale
Titolo  Secondo livello Screening Mammografico	Pag 2 di 19
Unità  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

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

## 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

	<b>Procedura</b>	Codice Aziendale
	<b>Titolo</b> <b>Secondo livello Screening</b> <b>Mammografico</b>	<b>Pag 4 di 19</b>
	<b>Unita'</b> <b>Prevenzione secondaria</b>	

#### 4. RESPONSABILITÀ

Figura che svolge l'attività	TSRM	INFERMIERA	MEDICO RADIOLOGO
<b>Descrizione delle Attività</b>			
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

	<b>Procedura</b>	Codice Aziendale
	<b>Titolo</b> <b>Secondo livello Screening Mammografico</b>	<b>Pag 5 di 19</b>
	<b>Unita'</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 anormalità 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>	<b>Codice Aziendale</b>
	<b>Titolo</b> <b>Secondo livello Screening Mammografico</b>	<b>Pag 6 di 19</b>
	<b>Unita'</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 biotípico)

#### 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

	<b>Procedura</b>  Titolo  Secondo livello Screening Mammografico	Codice Aziendale  <b>Pag 7 di 19</b>
	Unita'  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.

Procedura	Titolo	Codice Aziendale
Secondo livello Screening Mammografico	Unita' Prevenzione secondaria	Pag 8 di 19

## 2) Esame clinico

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

## 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 nonchè 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) Duttgalattografia (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

**Procedura**

Titolo

Secondo livello Screening  
Mammografico**Pag 9 di 19**

Unita'

Prevenzione secondaria

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

## **Titolo**

## Secondo livello Screening Mammografico

Pag 10 di 19

Unita'

#### Prevenzione secondaria

Cognome e Cognome

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_

ispo SISTEMI INFORMATIVI  
PER LA PREVENZIONE DEL CANCER

ALLEGATO 1.1

SCREENING MAMMOGRAFICO  
CARTELLA MAMMOGRAFICA

---

Dati personali	Immagini	Metodo spazio																																						
																																								
<b>Sintomi</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Si</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Ascesso</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Si</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Tumefazione</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Si</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Urticaria</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Si</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Alzata di seno</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Si</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Alzata del seno</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Si</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Alzata del seno</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Si</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Ascesso		<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No		Tumefazione		<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No		Urticaria		<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No		Alzata di seno		<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No		Alzata del seno		<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No		Alzata del seno		<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No																																							
Ascesso																																								
<input type="checkbox"/> Si																																								
<input type="checkbox"/> No																																								
Tumefazione																																								
<input type="checkbox"/> Si																																								
<input type="checkbox"/> No																																								
Urticaria																																								
<input type="checkbox"/> Si																																								
<input type="checkbox"/> No																																								
Alzata di seno																																								
<input type="checkbox"/> Si																																								
<input type="checkbox"/> No																																								
Alzata del seno																																								
<input type="checkbox"/> Si																																								
<input type="checkbox"/> No																																								
Alzata del seno																																								
<input type="checkbox"/> Si																																								
<input type="checkbox"/> No																																								
<b>NOTE</b> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																																								
<b>Possibili sintomi</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Si</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Influenza o raffreddore</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Si</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Gonfiori o raffreddore</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Si</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Malattia del seno</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Si</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Influenza o raffreddore		<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No		Gonfiori o raffreddore		<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No		Malattia del seno		<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No																			
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No																																							
Influenza o raffreddore																																								
<input type="checkbox"/> Si																																								
<input type="checkbox"/> No																																								
Gonfiori o raffreddore																																								
<input type="checkbox"/> Si																																								
<input type="checkbox"/> No																																								
Malattia del seno																																								
<input type="checkbox"/> Si																																								
<input type="checkbox"/> No																																								
<b>Dati clinici</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 5px;">Pleuro</td> <td style="width: 33%; padding: 5px;">A. Cutanea</td> <td style="width: 33%; padding: 5px;">S. Interna</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Si</td> <td><input type="checkbox"/> Si</td> <td><input type="checkbox"/> Si</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Si</td> <td><input type="checkbox"/> Si</td> </tr> </table>			Pleuro	A. Cutanea	S. Interna	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si																													
Pleuro	A. Cutanea	S. Interna																																						
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si																																						
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si																																						
<b>Mammologia preventiva</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Mammella Lipotrofica</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Dx</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Si</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Mammella 2 polmoni</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Si</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Mammella Fibrosa patologica</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Si</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Bolla - Cisterna</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Si</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Bolla - Cisterna</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Si</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>			Mammella Lipotrofica	Dx	<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No		Mammella 2 polmoni		<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No		Mammella Fibrosa patologica		<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No		Bolla - Cisterna		<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No		Bolla - Cisterna		<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No									
Mammella Lipotrofica	Dx																																							
<input type="checkbox"/> Si																																								
<input type="checkbox"/> No																																								
Mammella 2 polmoni																																								
<input type="checkbox"/> Si																																								
<input type="checkbox"/> No																																								
Mammella Fibrosa patologica																																								
<input type="checkbox"/> Si																																								
<input type="checkbox"/> No																																								
Bolla - Cisterna																																								
<input type="checkbox"/> Si																																								
<input type="checkbox"/> No																																								
Bolla - Cisterna																																								
<input type="checkbox"/> Si																																								
<input type="checkbox"/> No																																								
<b>Histologico dell:</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Dx</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Sx</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Biopsia ediqua</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Cistoscopia</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Mastoscopia</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Iugulare (cist)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Pariglosso</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Metta</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Ecografia</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Mammaplast</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Altro</td> </tr> </table>			Dx	Sx	<input type="checkbox"/> Biopsia ediqua		<input type="checkbox"/> Cistoscopia		<input type="checkbox"/> Mastoscopia		<input type="checkbox"/> Iugulare (cist)		<input type="checkbox"/> Pariglosso		<input type="checkbox"/> Metta		<input type="checkbox"/> Ecografia		<input type="checkbox"/> Mammaplast		<input type="checkbox"/> Altro																			
Dx	Sx																																							
<input type="checkbox"/> Biopsia ediqua																																								
<input type="checkbox"/> Cistoscopia																																								
<input type="checkbox"/> Mastoscopia																																								
<input type="checkbox"/> Iugulare (cist)																																								
<input type="checkbox"/> Pariglosso																																								
<input type="checkbox"/> Metta																																								
<input type="checkbox"/> Ecografia																																								
<input type="checkbox"/> Mammaplast																																								
<input type="checkbox"/> Altro																																								
<b>Pattem %:</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">0 - 5%</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">26 - 50%</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">51 - 75%</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">&gt; 75%</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			0 - 5%	<input type="checkbox"/>	26 - 50%		<input type="checkbox"/>		51 - 75%		<input type="checkbox"/>		> 75%		<input type="checkbox"/>																									
0 - 5%	<input type="checkbox"/>																																							
26 - 50%																																								
<input type="checkbox"/>																																								
51 - 75%																																								
<input type="checkbox"/>																																								
> 75%																																								
<input type="checkbox"/>																																								
<b>Codice classificativo</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">C0 - C1</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">C2 - C3</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">C4 - C5</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">C6 - C7</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">C8 - C9</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">C0 - C1</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			C0 - C1	C2 - C3	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		C4 - C5		<input type="checkbox"/>		C6 - C7		<input type="checkbox"/>		C8 - C9		<input type="checkbox"/>		C0 - C1		<input type="checkbox"/>																	
C0 - C1	C2 - C3																																							
<input type="checkbox"/>																																								
<input type="checkbox"/>																																								
C4 - C5																																								
<input type="checkbox"/>																																								
C6 - C7																																								
<input type="checkbox"/>																																								
C8 - C9																																								
<input type="checkbox"/>																																								
C0 - C1																																								
<input type="checkbox"/>																																								

Titolo

 Secondo livello Screening  
Mammografico

Pag 11 di 19

Unita'

Prevenzione secondaria

SCHEDA PER LA RACCOLTA DELL'ANAMNESI SENOLOGICA		
<b>1. Presenta disturbi al seno?</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se sì, quale dei seguenti? (segnalare il lato e da quanto tempo)		
<input type="checkbox"/> dolore <input type="checkbox"/> nodulo <input type="checkbox"/> liquido dal capezzolo (sezione) <input type="checkbox"/> altri problemi al capezzolo <input type="checkbox"/> intorpidi dell'ascella, ingrossati <input type="checkbox"/> altro _____	<input type="checkbox"/> SN <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SN <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SN <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SN <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SN	Da quanto tempo? <input type="checkbox"/> meno di 1 mese <input type="checkbox"/> 1-3 mesi <input type="checkbox"/> 1-2 anni
<b>2. Presenta cicatrici, verruche, nei.. al seno?</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se sì, segnalare il lato	<input type="checkbox"/> DX	<input type="checkbox"/> SN
<b>3. Sta facendo terapie ormonali per la menopausa?</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se sì, da quanti anni		
<b>4. Ci sono stati casi di tumore al seno nella Sua famiglia?</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se sì, chi ha avuto questa malattia?	<input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> sorella <input type="checkbox"/> figlia <input type="checkbox"/> altri familiari	
<b>5. Vista informativa consegnatami (art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196) acconsento al trattamento dei dati personali</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
tel. _____	Prima leggibile _____	



Titolo

 Secondo livello Screening  
Mammografico

Pag 13 di 19

Unità

Prevenzione secondaria

**ALLEGATO 7.3**

Mod. A/905

 TIPO RECORD  COGNOME E NOME .....

4 N. CARTELLA 7 DATA ESAME 11 DATA ULTIMO CICLO ETÀ DATA NASCITA

**SINTOMI SOGGETTIVI**

- 01 04  
 02 05  
 03 06  
 04 07  
 05 08  
 06 09  
 07 10  
 08 11  
 09 12  
 10 13  
 11 14  
 12 15  
 13 16  
 14 17  
 15 18  
 16 19  
 17 20  
 18 21  
 19 22  
 20 23  
 21 24  
 22 25  
 23 26  
 24 27  
 25 28  
 26 29  
 27 30  
 28 31  
 29 32  
 30 33  
 31 34  
 32 35  
 33 36  
 34 37  
 35 38  
 36 39  
 37 40  
 38 41  
 39 42  
 40 43  
 41 44  
 42 45  
 43 46  
 44 47  
 45 48  
 46 49  
 47 50  
 48 51  
 49 52  
 50 53  
 51 54  
 52 55  
 53 56  
 54 57  
 55 58  
 56 59  
 57 60  
 58 61  
 59 62  
 60 63  
 61 64  
 62 65  
 63 66  
 64 67  
 65 68  
 66 69  
 67 70  
 68 71  
 69 72  
 70 73  
 71 74  
 72 75  
 73 76  
 74 77  
 75 78  
 76 79  
 77 80  
 78 81  
 79 82  
 80 83  
 81 84  
 82 85  
 83 86  
 84 87  
 85 88  
 86 89  
 87 90  
 88 91  
 89 92  
 90 93  
 91 94  
 92 95  
 93 96  
 94 97  
 95 98  
 96 99  
 97 100  
 98 101  
 99 102  
 100 103  
 101 104  
 102 105  
 103 106  
 104 107  
 105 108  
 106 109  
 107 110  
 108 111  
 109 112  
 110 113  
 111 114  
 112 115  
 113 116  
 114 117  
 115 118  
 116 119  
 117 120  
 118 121  
 119 122  
 120 123  
 121 124  
 122 125  
 123 126  
 124 127  
 125 128  
 126 129  
 127 130  
 128 131  
 129 132  
 130 133  
 131 134  
 132 135  
 133 136  
 134 137  
 135 138  
 136 139  
 137 140  
 138 141  
 139 142  
 140 143  
 141 144  
 142 145  
 143 146  
 144 147  
 145 148  
 146 149  
 147 150  
 148 151  
 149 152  
 150 153  
 151 154  
 152 155  
 153 156  
 154 157  
 155 158  
 156 159  
 157 160  
 158 161  
 159 162  
 160 163  
 161 164  
 162 165  
 163 166  
 164 167  
 165 168  
 166 169  
 167 170  
 168 171  
 169 172  
 170 173  
 171 174  
 172 175  
 173 176  
 174 177  
 175 178  
 176 179  
 177 180  
 178 181  
 179 182  
 180 183  
 181 184  
 182 185  
 183 186  
 184 187  
 185 188  
 186 189  
 187 190  
 188 191  
 189 192  
 190 193  
 191 194  
 192 195  
 193 196  
 194 197  
 195 198  
 196 199  
 197 200  
 198 201  
 199 202  
 200 203  
 201 204  
 202 205  
 203 206  
 204 207  
 205 208  
 206 209  
 207 210  
 208 211  
 209 212  
 210 213  
 211 214  
 212 215  
 213 216  
 214 217  
 215 218  
 216 219  
 217 220  
 218 221  
 219 222  
 220 223  
 221 224  
 222 225  
 223 226  
 224 227  
 225 228  
 226 229  
 227 230  
 228 231  
 229 232  
 230 233  
 231 234  
 232 235  
 233 236  
 234 237  
 235 238  
 236 239  
 237 240  
 238 241  
 239 242  
 240 243  
 241 244  
 242 245  
 243 246  
 244 247  
 245 248  
 246 249  
 247 250  
 248 251  
 249 252  
 250 253  
 251 254  
 252 255  
 253 256  
 254 257  
 255 258  
 256 259  
 257 260  
 258 261  
 259 262  
 260 263  
 261 264  
 262 265  
 263 266  
 264 267  
 265 268  
 266 269  
 267 270  
 268 271  
 269 272  
 270 273  
 271 274  
 272 275  
 273 276  
 274 277  
 275 278  
 276 279  
 277 280  
 278 281  
 279 282  
 280 283  
 281 284  
 282 285  
 283 286  
 284 287  
 285 288  
 286 289  
 287 290  
 288 291  
 289 292  
 290 293  
 291 294  
 292 295  
 293 296  
 294 297  
 295 298  
 296 299  
 297 300  
 298 301  
 299 302  
 300 303  
 301 304  
 302 305  
 303 306  
 304 307  
 305 308  
 306 309  
 307 310  
 308 311  
 309 312  
 310 313  
 311 314  
 312 315  
 313 316  
 314 317  
 315 318  
 316 319  
 317 320  
 318 321  
 319 322  
 320 323  
 321 324  
 322 325  
 323 326  
 324 327  
 325 328  
 326 329  
 327 330  
 328 331  
 329 332  
 330 333  
 331 334  
 332 335  
 333 336  
 334 337  
 335 338  
 336 339  
 337 340  
 338 341  
 339 342  
 340 343  
 341 344  
 342 345  
 343 346  
 344 347  
 345 348  
 346 349  
 347 350  
 348 351  
 349 352  
 350 353  
 351 354  
 352 355  
 353 356  
 354 357  
 355 358  
 356 359  
 357 360  
 358 361  
 359 362  
 360 363  
 361 364  
 362 365  
 363 366  
 364 367  
 365 368  
 366 369  
 367 370  
 368 371  
 369 372  
 370 373  
 371 374  
 372 375  
 373 376  
 374 377  
 375 378  
 376 379  
 377 380  
 378 381  
 379 382  
 380 383  
 381 384  
 382 385  
 383 386  
 384 387  
 385 388  
 386 389  
 387 390  
 388 391  
 389 392  
 390 393  
 391 394  
 392 395  
 393 396  
 394 397  
 395 398  
 396 399  
 397 400  
 398 401  
 399 402  
 400 403  
 401 404  
 402 405  
 403 406  
 404 407  
 405 408  
 406 409  
 407 410  
 408 411  
 409 412  
 410 413  
 411 414  
 412 415  
 413 416  
 414 417  
 415 418  
 416 419  
 417 420  
 418 421  
 419 422  
 420 423  
 421 424  
 422 425  
 423 426  
 424 427  
 425 428  
 426 429  
 427 430  
 428 431  
 429 432  
 430 433  
 431 434  
 432 435  
 433 436  
 434 437  
 435 438  
 436 439  
 437 440  
 438 441  
 439 442  
 440 443  
 441 444  
 442 445  
 443 446  
 444 447  
 445 448  
 446 449  
 447 450  
 448 451  
 449 452  
 450 453  
 451 454  
 452 455  
 453 456  
 454 457  
 455 458  
 456 459  
 457 460  
 458 461  
 459 462  
 460 463  
 461 464  
 462 465  
 463 466  
 464 467  
 465 468  
 466 469  
 467 470  
 468 471  
 469 472  
 470 473  
 471 474  
 472 475  
 473 476  
 474 477  
 475 478  
 476 479  
 477 480  
 478 481  
 479 482  
 480 483  
 481 484  
 482 485  
 483 486  
 484 487  
 485 488  
 486 489  
 487 490  
 488 491  
 489 492  
 490 493  
 491 494  
 492 495  
 493 496  
 494 497  
 495 498  
 496 499  
 497 500  
 498 501  
 499 502  
 500 503  
 501 504  
 502 505  
 503 506  
 504 507  
 505 508  
 506 509  
 507 510  
 508 511  
 509 512  
 510 513  
 511 514  
 512 515  
 513 516  
 514 517  
 515 518  
 516 519  
 517 520  
 518 521  
 519 522  
 520 523  
 521 524  
 522 525  
 523 526  
 524 527  
 525 528  
 526 529  
 527 530  
 528 531  
 529 532  
 530 533  
 531 534  
 532 535  
 533 536  
 534 537  
 535 538  
 536 539  
 537 540  
 538 541  
 539 542  
 540 543  
 541 544  
 542 545  
 543 546  
 544 547  
 545 548  
 546 549  
 547 550  
 548 551  
 549 552  
 550 553  
 551 554  
 552 555  
 553 556  
 554 557  
 555 558  
 556 559  
 557 560  
 558 561  
 559 562  
 560 563  
 561 564  
 562 565  
 563 566  
 564 567  
 565 568  
 566 569  
 567 570  
 568 571  
 569 572  
 570 573  
 571 574  
 572 575  
 573 576  
 574 577  
 575 578  
 576 579  
 577 580  
 578 581  
 579 582  
 580 583  
 581 584  
 582 585  
 583 586  
 584 587  
 585 588  
 586 589  
 587 590  
 588 591  
 589 592  
 590 593  
 591 594  
 592 595  
 593 596  
 594 597  
 595 598  
 596 599  
 597 600  
 598 601  
 599 602  
 600 603  
 601 604  
 602 605  
 603 606  
 604 607  
 605 608  
 606 609  
 607 610  
 608 611  
 609 612  
 610 613  
 611 614  
 612 615  
 613 616  
 614 617  
 615 618  
 616 619  
 617 620  
 618 621  
 619 622  
 620 623  
 621 624  
 622 625  
 623 626  
 624 627  
 625 628  
 626 629  
 627 630  
 628 631  
 629 632  
 630 633  
 631 634  
 632 635  
 633 636  
 634 637  
 635 638  
 636 639  
 637 640  
 638 641  
 639 642  
 640 643  
 641 644  
 642 645  
 643 646  
 644 647  
 645 648  
 646 649  
 647 650  
 648 651  
 649 652  
 650 653  
 651 654  
 652 655  
 653 656  
 654 657  
 655 658  
 656 659  
 657 660  
 658 661  
 659 662  
 660 663  
 661 664  
 662 665  
 663 666  
 664 667  
 665 668  
 666 669  
 667 670  
 668 671  
 669 672  
 670 673  
 671 674  
 672 675  
 673 676  
 674 677  
 675 678  
 676 679  
 677 680  
 678 681  
 679 682  
 680 683  
 681 684  
 682 685  
 683 686  
 684 687  
 685 688  
 686 689  
 687 690  
 688 691  
 689 692  
 690 693  
 691 694  
 692 695  
 693 696  
 694 697  
 695 698  
 696 699  
 697 700  
 698 701  
 699 702  
 700 703  
 701 704  
 702 705  
 703 706  
 704 707  
 705 708  
 706 709  
 707 710  
 708 711  
 709 712  
 710 713  
 711 714  
 712 715  
 713 716  
 714 717  
 715 718  
 716 719  
 717 720  
 718 721  
 719 722  
 720 723  
 721 724  
 722 725  
 723 726  
 724 727  
 725 728  
 726 729  
 727 730  
 728 731  
 729 732  
 730 733  
 731 734  
 732 735  
 733 736  
 734 737  
 735 738  
 736 739  
 737 740  
 738 741  
 739 742  
 740 743  
 741 744  
 742 745  
 743 746  
 744 747  
 745 748  
 746 749  
 747 750  
 748 751  
 749 752  
 750 753  
 751 754  
 752 755  
 753 756  
 754 757  
 755 758  
 756 759  
 757 760  
 758 761  
 759 762  
 760 763  
 761 764  
 762 765  
 763 766  
 764 767  
 765 768  
 766 769  
 767 770  
 768 771  
 769 772  
 770 773  
 771 774  
 772 775  
 773 776  
 774 777  
 775 778  
 776 779  
 777 780  
 778 781  
 779 782  
 780 783  
 781 784  
 782 785  
 783 786  
 784 787  
 785 788  
 786 789  
 787 790  
 788 791  
 789 792  
 790 793  
 791 794  
 792 795  
 793 796  
 794 797  
 795 798  
 796 799  
 797 800  
 798 801  
 799 802  
 800 803  
 801 804  
 802 805  
 803 806  
 804 807  
 805 808  
 806 809  
 807 810  
 808 811  
 809 812  
 810 813  
 811 814  
 812 815  
 813 816  
 814 817  
 815 818  
 816 819  
 817 820  
 818 821  
 819 822  
 820 823  
 821 824  
 822 825  
 823 826  
 824 827  
 825 828  
 826 829  
 827 830  
 828 831  
 829 832  
 830 833  
 831 834  
 832 835  
 833 836  
 834 837  
 835 838  
 836 839  
 837 840  
 838 841  
 839 842  
 840 843  
 841 844  
 842 845  
 843 846  
 844 847  
 845 848  
 846 849  
 847 850  
 848 851  
 849 852  
 850 853  
 851 854  
 852 855  
 853 856  
 854 857  
 855 858  
 856 859  
 857 860  
 858 861  
 859 862  
 860 863  
 861 864  
 862 865  
 863 866  
 864 867  
 865 868  
 866 869  
 867 870  
 868 871  
 869 872  
 870 873  
 871 874  
 872 875  
 873 876  
 874 877  
 875 878  
 876 879  
 877 880  
 878 881  
 879 882  
 880 883  
 881 884  
 882 885  
 883 886  
 884 887  
 885 888  
 886 889  
 887 890  
 888 891  
 889 892  
 890 893  
 891 894  
 892 895  
 893 896  
 894 897  
 895 898  
 896 899  
 897 900  
 898 901  
 899 902  
 900 903  
 901 904  
 902 905  
 903 906  
 904 907  
 905 908  
 906 909  
 907 910  
 908 911  
 909 912  
 910 913  
 911 914  
 912 915  
 913 916  
 914 917  
 915 918  
 916 919  
 917 920  
 918 921  
 919 922  
 920 923  
 921 924  
 922 925  
 923 926  
 924 927  
 925 928  
 926 929  
 927 930  
 928 931  
 929 932  
 930 933  
 931 934  
 932 935  
 933 936  
 934 937  
 935 938  
 936 939  
 937 940  
 938 941  
 939 942  
 940 943  
 941 944  
 942 945  
 943 946  
 944 947  
 945 948  
 946 949  
 947 950  
 948 951  
 949 952  
 950 953  
 951 954  
 952 955  
 953 956  
 954 957  
 955 958  
 956 959  
 957 960  
 958 961  
 959 962  
 960 963  
 961 964  
 962 965  
 963 966  
 964 967  
 965 968  
 966 969  
 967 970  
 968 971  
 969 972  
 970 973  
 971 974  
 972 975  
 973 976  
 974 977

**Titolo**
**Secondo livello Screening  
Mammografico**
**Pag 14 di 19**
**Unita'**
**Prevenzione secondaria**
*ALLEGATO P.S (RETRO)*
**DIAGNOSI CLINICA**
**NOTE**
**DIAGNOSI ORIENTATIVA (Max 1)**

- Ds Si  
 1 ESTI INTERVENTO CHIRURGICO  
 2 FLOGOSI  
 3 MASTOPATIA FIBROCISTICA  
 4 CISTI JUNICA, MULTIPLE  
 5 LIPOMA (UNICO, MULTICO)  
 6 FIBROADENCINA (UNICO, MULTICO)  
 7 PATOLOGIA GUTTALE  
 8 NEOPLASIA MALIGNA  
 9 GINECOMASTIA  
 10 ALTRO  
 11 12 13

**CONSIGLIO (di massimo se sono tutti richiesti altri esami)**

Ds	Si		VISITA	<input type="checkbox"/>	MILANO	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/> 1 EXERESI		MAMMOGRAFIA	<input type="checkbox"/>	27/30	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/> 2 ALTRA TERAPIA		ECOGRAFIA	<input type="checkbox"/>	28/30	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/> 3 CONTROLLO BREVE SC.		MAMMO + VISITA	<input type="checkbox"/>	29/30	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/> 4 1 mese		VISITA + ECO	<input type="checkbox"/>	30/30	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/> 5 3 mesi		ALTRIO	<input type="checkbox"/>	AGS SANITARIO	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/> 6 6 mesi			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/> 7 1 anno			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/> 8 2 anni			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/> 9 AUTOPARZIALE			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/> 10			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

**SEDE E DIMENSIONI DEL REPERTO**

Ds	Si	Ds	Si
PROLUNGAMENTO ASCELLARE	S0M	Ds	Cm
Q. SUPERIO ESTERNO	<input type="checkbox"/> 1	0-0,5	<input type="checkbox"/> 1
O. SUPERIO CENTRALE	<input type="checkbox"/> 2	0,6-1	<input type="checkbox"/> 2
O. SULCIO INTERNO	<input type="checkbox"/> 3	1,1-2	<input type="checkbox"/> 3
O. ESTERI CENTRALMENTE	<input type="checkbox"/> 4	2,1-3	<input type="checkbox"/> 4
O. INTERNI CENTRALMENTE	<input type="checkbox"/> 5	3,1-4	<input type="checkbox"/> 5
O. INFERIO ESTERNO	<input type="checkbox"/> 6	4,1-5	<input type="checkbox"/> 6
O. INFERIO CENTRALE	<input type="checkbox"/> 7	5,1-6	<input type="checkbox"/> 7
O. INFERIO INTERNO	<input type="checkbox"/> 8	6,1-7	<input type="checkbox"/> 8
REGIONE AREO;ARE	<input type="checkbox"/> 9	7,1-8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> 10	>8	<input type="checkbox"/> 10
	<input type="checkbox"/> 11		<input type="checkbox"/> 11

**CUTE SOVRASTANTE (Max 1)**

- Ds Si  
 1 NORMALE  
 2 ANHIDRATA  
 3 EDERVATOSA  
 4 DIMPING PROVOCATO  
 5 DIMPING SPONTANEO  
 6 INFILTRATA  
 7 ULCERATA  
 8 HISTOLIZZATA  
 9 10

**CAPEZZOLO (Max 1)**

Ds	Si	Ds	Si
1	<input type="checkbox"/> 1 NORMALE	2	<input type="checkbox"/> 1 SICROSA
2	<input type="checkbox"/> 2 INTROFLESSO	3	<input type="checkbox"/> 2 LARESCENTE
3	<input type="checkbox"/> 3 DEVIATO	4	<input type="checkbox"/> 3 VILNASTRA
4	<input type="checkbox"/> 4 RETRATTO	5	<input type="checkbox"/> 4 PUNISIMILE
5	<input type="checkbox"/> 5 ULCERATO	6	<input type="checkbox"/> 5 SIFROEMATICA
6	<input type="checkbox"/> 6 ECZEMATOSE	7	<input type="checkbox"/> 6 EMATICA
7	<input type="checkbox"/> 7 ALTRO	8	<input type="checkbox"/> 7
8	<input type="checkbox"/> 8	9	<input type="checkbox"/> 8

**SECNEZIONE**

- Ds Si  
 1 SICROSA  
 2 LARESCENTE  
 3 VILNASTRA  
 4 PUNISIMILE  
 5 SIFROEMATICA  
 6 EMATICA  
 7 8
- Ds Si  
 1 DUTTOGRAFIA  
 2 MAMMOGRAFIA  
 3 PNEUMOCISTOGRAFIA  
 4 ESAME CITOLOGICO SECRETO  
 5 ESAME CITOLOGICO ASPIRATO  
 6 ESAME CITOLOGICO APPOSIZIONE  
 7 ECOGRAFIA  
 8 MAMMOFLSI  
 9 ALTRO  
 10 11

**NOTE E CONSIGLIO DEFINITIVO**

Titolo

## Secondo livello Screening Mammografico

Pag 15 di 19

Unita'

### Prevenzione secondaria

 <b>ISPO</b> ISTITUTO PER IL SERVIZIO DI PARATOCCHE E CONSULENZA	<b>AZZEGGIO T.4</b> <b>SENOLOGIA</b> <b>CARTELLA ECOGRAFICA</b>																																																							
1001 A/1993																																																								
<b>TIPO SCURO</b> [ ] <b>CODICE E NOME</b> .....																																																								
<b>1. CARTELLA</b> <b>DATA DI MESE</b> <b>DATA DI TRASCRIZIONE</b> <b>DI</b> <b>SA</b>																																																								
<b>SINTOMI PROGETTIVI</b>																																																								
<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;">           0x - SA  <b>[1] ASSENTI</b>  <b>[2] [1] COLORE</b>  <b>[3] [2] PRESENZA PER</b>  <b>[4] [1] MASTECTOMIA</b> </td> <td style="vertical-align: top; padding-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> <b>TUMETAZIONE</b>  <input type="checkbox"/> <b>BIGEZZONE</b>  <input type="checkbox"/> <b>ALTERAZIONE CUTE</b>  <input type="checkbox"/> <b>ALTERAZIONE CAPOZZOLO</b>  <input type="checkbox"/> <b>LINFOCIDI ASCELLARI</b>  <input type="checkbox"/> <b>ALTRI</b> </td> </tr> </table>		0x - SA <b>[1] ASSENTI</b> <b>[2] [1] COLORE</b> <b>[3] [2] PRESENZA PER</b> <b>[4] [1] MASTECTOMIA</b>	<input type="checkbox"/> <b>TUMETAZIONE</b> <input type="checkbox"/> <b>BIGEZZONE</b> <input type="checkbox"/> <b>ALTERAZIONE CUTE</b> <input type="checkbox"/> <b>ALTERAZIONE CAPOZZOLO</b> <input type="checkbox"/> <b>LINFOCIDI ASCELLARI</b> <input type="checkbox"/> <b>ALTRI</b>																																																					
0x - SA <b>[1] ASSENTI</b> <b>[2] [1] COLORE</b> <b>[3] [2] PRESENZA PER</b> <b>[4] [1] MASTECTOMIA</b>	<input type="checkbox"/> <b>TUMETAZIONE</b> <input type="checkbox"/> <b>BIGEZZONE</b> <input type="checkbox"/> <b>ALTERAZIONE CUTE</b> <input type="checkbox"/> <b>ALTERAZIONE CAPOZZOLO</b> <input type="checkbox"/> <b>LINFOCIDI ASCELLARI</b> <input type="checkbox"/> <b>ALTRI</b>																																																							
<b>NOTE:</b> .....																																																								
<b>2. SITO E DIMENSIONI DEL REPERTO</b>																																																								
<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Dm</th> <th>Cm</th> <th>Dm</th> <th>Cm</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>PROFOUNDAMENTO ASCELLARE</b></td> <td>[1]</td> <td>406 [2]</td> <td>[3]</td> <td>395 [4]</td> </tr> <tr> <td><b>O. SUPERIO ESTERNO</b></td> <td>[5]</td> <td>00- [6]</td> <td>[7]</td> <td>44- [8]</td> </tr> <tr> <td><b>O. SUPERIO CENTRALE</b></td> <td>[9]</td> <td>112 [10]</td> <td>[11]</td> <td>102 [12]</td> </tr> <tr> <td><b>O. SUPERIO INTERNO</b></td> <td>[13]</td> <td>219 [14]</td> <td>[15]</td> <td>213 [16]</td> </tr> <tr> <td><b>O. ESTERNO CENTRALMENTE</b></td> <td>[17]</td> <td>514 [18]</td> <td>[19]</td> <td>411 [20]</td> </tr> <tr> <td><b>O. INTERNI CENTRALMENTE</b></td> <td>[21]</td> <td>413 [22]</td> <td>[23]</td> <td>414 [24]</td> </tr> <tr> <td><b>O. INFERIO ESTERNO</b></td> <td>[25]</td> <td>514 [26]</td> <td>[27]</td> <td>614 [28]</td> </tr> <tr> <td><b>O. INFERIO CENTRALE</b></td> <td>[29]</td> <td>512 [30]</td> <td>[31]</td> <td>612 [32]</td> </tr> <tr> <td><b>O. INFERIO INTERNO</b></td> <td>[33]</td> <td>514 [34]</td> <td>[35]</td> <td>714 [36]</td> </tr> <tr> <td><b>REGOLE ANGOLARE</b></td> <td>[37]</td> <td>31- [38]</td> <td>[39]</td> <td>31- [40]</td> </tr> </tbody> </table>			Dm	Cm	Dm	Cm	<b>PROFOUNDAMENTO ASCELLARE</b>	[1]	406 [2]	[3]	395 [4]	<b>O. SUPERIO ESTERNO</b>	[5]	00- [6]	[7]	44- [8]	<b>O. SUPERIO CENTRALE</b>	[9]	112 [10]	[11]	102 [12]	<b>O. SUPERIO INTERNO</b>	[13]	219 [14]	[15]	213 [16]	<b>O. ESTERNO CENTRALMENTE</b>	[17]	514 [18]	[19]	411 [20]	<b>O. INTERNI CENTRALMENTE</b>	[21]	413 [22]	[23]	414 [24]	<b>O. INFERIO ESTERNO</b>	[25]	514 [26]	[27]	614 [28]	<b>O. INFERIO CENTRALE</b>	[29]	512 [30]	[31]	612 [32]	<b>O. INFERIO INTERNO</b>	[33]	514 [34]	[35]	714 [36]	<b>REGOLE ANGOLARE</b>	[37]	31- [38]	[39]	31- [40]
	Dm	Cm	Dm	Cm																																																				
<b>PROFOUNDAMENTO ASCELLARE</b>	[1]	406 [2]	[3]	395 [4]																																																				
<b>O. SUPERIO ESTERNO</b>	[5]	00- [6]	[7]	44- [8]																																																				
<b>O. SUPERIO CENTRALE</b>	[9]	112 [10]	[11]	102 [12]																																																				
<b>O. SUPERIO INTERNO</b>	[13]	219 [14]	[15]	213 [16]																																																				
<b>O. ESTERNO CENTRALMENTE</b>	[17]	514 [18]	[19]	411 [20]																																																				
<b>O. INTERNI CENTRALMENTE</b>	[21]	413 [22]	[23]	414 [24]																																																				
<b>O. INFERIO ESTERNO</b>	[25]	514 [26]	[27]	614 [28]																																																				
<b>O. INFERIO CENTRALE</b>	[29]	512 [30]	[31]	612 [32]																																																				
<b>O. INFERIO INTERNO</b>	[33]	514 [34]	[35]	714 [36]																																																				
<b>REGOLE ANGOLARE</b>	[37]	31- [38]	[39]	31- [40]																																																				

**Procedura**

Codice Aziendale

**Titolo**
**Secondo livello Screening  
Mammografico**
**Pag 16 di 19**
**Unita'**
**Prevenzione secondaria**

**ALLEGATO 7.4 (RETRO)**

CONCLUSIONI DIAGNOSTICHE			
Dx	Sm	Dx	Sm
[a]	[s1] Negativo	[a1]	[s1] Cisti in vegetazione
[b2]	[s2] Lipoma	[a2]	[s2] Aumento della parenchima
[c3]	[s3] Fibroadenoma	[a3]	[s3] Eut. intervento chirurgico
[d2]	[s4] Flogosi	[a4]	[s4] Sospetta neoplasia
[e3]	[s5] Patologia duttale	[a5]	[s5] Ginecomastia
[f3]	[s6] Cisti unica	[a6]	[s6] Altro
[g3]	[s7] Cisti multiple		

**ESAMI RICHIESTI**

Dx	Sm	Dx	Sm
[1] [1] Visita		[1] [1] ESERCIZI	
[1] [2] Agovaspirazione		[1] [2] ALTRA TERAPIA	
[1] [3] Mammografia		[1] [3] CONTROLLO BREVE SG.	
[1] [4] Mammonolesi		[1] [4] 1 mese	
[1] [5] Biopsia		[1] [5] 3 mesi	
[1] [6] Asciugcentasi		[1] [6] 6 mesi	
[1] [7] Agobiliosia imponendo		[1] [7] Anno	
[1] [8] Altro		[1] [8] 2 anni	

**CONSIGLIO (di massima sono solo dei richiesti altri esami)**

Dx	Sm
[1] [1] Visita	[1] [1] ESERCIZI
[1] [2] Agovaspirazione	[1] [2] ALTRA TERAPIA
[1] [3] Mammografia	[1] [3] CONTROLLO BREVE SG.
[1] [4] Mammonolesi	[1] [4] 1 mese
[1] [5] Biopsia	[1] [5] 3 mesi
[1] [6] Asciugcentasi	[1] [6] 6 mesi
[1] [7] Agobiliosia imponendo	[1] [7] Anno
[1] [8] Altro	[1] [8] 2 anni

**ESAME CONSIGLIATO**

VISITA	[1]
MAMMOGRAFIA I.P.	[2]
MAMMOGRAFIA P.	[3]
ECOGRAFIA	[4]
ALTRO	[5]

**NOTE E CONSIGLIO DEFINITIVO**

.....

EXAMINATORI

A.S. SANITARIO

 <b>ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</b>	<b>Procedura</b>	<b>Codice Aziendale</b>
	<b>Titolo</b>  <b>Secondo livello Screening Mammografico</b>	
	<b>Unita'</b>  <b>Prevenzione secondaria</b>	
		<b>Pag 17 di 19</b>

**ALLEGATO - € 5**

ISPO		ENTRO PERIODICO EL PERIODICO DOCTOR	SOCIETÀ ITALIANA PER LA PATOLOGIA ED IL TRAVERSO	
ACOTORPSIA				
COGNOME SOVRA				
DATA NASCITA		COCE	DATA ESAME	
LATO ESAME		1 Dextra 2 Sinistra	TEL.	
TIPO LESIONE (n. x 2)		SEDE E DIMENSIONI		
		sece	cm	GIUDIZIO
1 Ospedale media		Prolungamento ascellare		1 negativo
2 Ospedale stomato		Quadrato esterno		2 benigno
3 Ospedale strangiato		Quadrato centrale		3 dubio
4 Ospedale Genito patologico		Quadrato interno		4 atopatico
5 Ospedale		Cavità conchileghe		5 positivo
6 Microscopio casuale		D. infero-lateralmente		
7 Cattura non disponibile		D. infero esterno		
		D. infero centrale		
		D. infero interno		
		Régione ericolare		
GUICA		TIPO ESAME (n. x 2)		PROIEZIONE (per età/ontassia)
1 Palpatore		1 Miotroficoare		1 cranio-caudale
2 Ecografo		2 Miotromoto		2 istero-inguinale
3 Glementassi		3 Proprioletto con cartilagine		3 mediale-laterale
		4 con filo metallico		4 obliqua crasso
		5 Citeglio (steroscopico)		5 crasso laterale
AGO CALIBRO		N. FRUSTOLI	COL. METALLICA	EX FRUSTOLI
			1 posizionata	1 micro presenti
			2 non posizionata	2 micro assenti
				3 non eseguita
SISTEMA				
CALCIFICAZIONI ISTOLOGICHE COCE (patologiche)				
1) Adeguate alla loro natura				
2) Bontate				
3) Distorsione e polarizzazione della struttura tessutale				
4) Nodulo				
5) Atipismo				
1 es. in situ				
2 es. infiltrante				
3 non certe				
4 ultra-malgrado				
CONSIGLI				
1 Exstasi				
2 Altra terapia				
3 Controllo a 1 anno				
4 Controllo a due anni				
5 Altri				
REFERTO PATHOLOGICO N.				
SEDE SERVIZIO ISTOLOGIA				
RADIOLOGO				
TELE				
ASSISTENTE				
TITOLO IN INGLES/FRANC.				

**Titolo**
**Secondo livello Screening  
Mammografico**
**Pag 18 di 19**
**Unita'**
**Prevenzione secondaria**

 <b>CENTRO PI</b>  <b>ONCOLOGICA</b>		<b>DUTTOGRAFIA</b> <b>AVVISO F.6</b>																											
TIPO RICORDO <input checked="" type="checkbox"/> 1 COLLEGARE E NOME _____  2' N. CUSTODIA <input type="checkbox"/> 10 TRATTAMENTO <input type="checkbox"/> 11  <b>SEDE ORIFI DUTTALI</b> Da Si   N.B. Indicare eventuali eventuali alterazioni <b>ESAME NON RIUSCITO</b> <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> SV <input type="checkbox"/> IR																													
<b>REFERITI DUTTOGRAFICI (Max 2)</b> DA Si <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1) NORRALE</li> <li><input type="checkbox"/> 2) DIFETTO DI RIPIENO</li> <li><input type="checkbox"/> 3) PROLIFERAZIONE DUTTALE UNICA</li> <li><input type="checkbox"/> 4) PROLIFERAZIONE DUTTALE MULTIPLEX</li> <li><input type="checkbox"/> 5) STENOSI DUTTALE</li> <li><input type="checkbox"/> 6) DILATAZIONE IN TOTO</li> <li><input type="checkbox"/> 7) DILATAZIONE SEGMENTARIA</li> <li><input type="checkbox"/> 8) DILATAZIONE A TIPO CISTICA</li> <li><input type="checkbox"/> 9) DISLOCAZIONE IN TOTO</li> <li><input type="checkbox"/> 10) DISLOCAZIONE SEGMENTARIA</li> <li><input type="checkbox"/> 11) SINAVASCI</li> <li><input type="checkbox"/> 12) INTERRUZIONE</li> </ul> 13-15 16-19																													
<b>DIAGNOSI DUTTOGRAFICA</b> DA Si <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1) NEGATIVO</li> <li><input type="checkbox"/> 2) PAPILLOMA SINGOLO</li> <li><input type="checkbox"/> 3) PAPILLOMI MULTIPLO</li> <li><input type="checkbox"/> 4) DISTORTA/CHEI</li> <li><input type="checkbox"/> 5) NEOFORMAZIONE BENIGNA EXTRADUCTALE</li> <li><input type="checkbox"/> 6) SOSPETTA NEOPLASIA MALIGNA</li> <li><input type="checkbox"/> 7) NEOPLASIA MALIGNA</li> <li><input type="checkbox"/> 8) ALTRIO</li> </ul> 																													
<b>ESAMI RICHIESTI</b> DA Si <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1) VISITA</li> <li><input type="checkbox"/> 2) ES. CITOLOGICO SEGREZIONE</li> <li><input type="checkbox"/> 3) ALTRO</li> </ul>																													
<b>CONSIGLIO</b> DA Si <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1) FFERSI</li> <li><input type="checkbox"/> 2) ALTRA TERAPIA</li> <li><input type="checkbox"/> 3) CONTROLLO BRIEVE SO</li> </ul> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>1 mese</td> <td>VISITA</td> <td>MAMMOGRAMMA</td> </tr> <tr> <td>3 mesi</td> <td></td> <td>CITOLOGIA</td> </tr> <tr> <td>6 mesi</td> <td></td> <td>CITO + VISITA</td> </tr> <tr> <td>1 anno</td> <td></td> <td>ALTRIO</td> </tr> <tr> <td>2 anni</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 anni</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6 anni</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8 anni</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10 anni</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 4) AUTOPALPAZIONE</li> <li><input type="checkbox"/> 5)</li> </ul>			1 mese	VISITA	MAMMOGRAMMA	3 mesi		CITOLOGIA	6 mesi		CITO + VISITA	1 anno		ALTRIO	2 anni			4 anni			6 anni			8 anni			10 anni		
1 mese	VISITA	MAMMOGRAMMA																											
3 mesi		CITOLOGIA																											
6 mesi		CITO + VISITA																											
1 anno		ALTRIO																											
2 anni																													
4 anni																													
6 anni																													
8 anni																													
10 anni																													
<b>EXAMINATORE</b> DA Si 25-26  <b>TECNICO SRM</b> DA Si 27-28																													
NOTE: _____																													

Titolo

 Secondo livello Screening  
Mammografico

**Pag 19 di 19**

Unità'

Prevenzione secondaria

**Diagramma di flusso**
