



Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

le chiediamo di compilare accuratamente questo breve questionario per consentirci di adeguare il programma alle sue necessità:

☐ Ha eseguito una colonscopia completa negli ultimi 2 anni? Sì ☐ No ☐
Se sì, indichi l'anno di esecuzione: _____

☐ Ha eseguito un esame radiologico RX clisma a doppio contrasto negli ultimi 2 anni? Sì ☐ No ☐
Se sì, indichi l'anno di esecuzione: _____

☐ E' affetta/o da Malattia Cronica Infiammatoria Intestinale (rettocolite ulcerosa o Morbo di Crohn)? Sì ☐ No ☐

☐ Ha mai subito interventi chirurgici o endoscopici al colon o al retto? Sì ☐ No ☐

☐ Segue regolari controlli endoscopici? Sì ☐ No ☐

IMPORTANTE

La preghiamo di indicarci i suoi recapiti telefonici e una sua e-mail.

Tel. casa _____ tel. lavoro _____

cell. _____ e-mail _____

ACCETTA ☐ NON ACCETTA ☐

di partecipare al programma di screening per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori del colon retto?

Data _____

Firma (leggibile) _____

La ringraziamo per la cortese collaborazione.

*per "colonscopia completa" si intende un esame endoscopico che abbia raggiunto e visualizzato l'intestino cieco.