

## Questionario sulla storia familiare

### Dati del caso indice

Cognome		Nome	
Data di nascita	___ / ___ / _____	Luogo di nascita	

### Storia clinica personale

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

Se sì, indichi il tipo di tumore: \_\_\_\_\_  
e l'età alla diagnosi: \_\_\_\_\_. Alleghi 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	
<b>PADRE</b>		<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>NONNO PATERNO</b>		<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>NONNA PATERNA</b>		<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	
<b>MADRE</b>		<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>NONNO MATERNO</b>		<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>NONNA MATERNA</b>		<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?     NO             SI            Se SI, quanti \_\_\_\_\_  
 Sua madre 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 MATERNI (figli/e degli zii e zie materni)

Ci sono stati casi di tumore tra i Suoi cugini materni?     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"/>		

## 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 ____
	<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 \_\_\_\_\_

SC Genetica Medica U AOU Città della Salute e della Scienza via Santena 19, 10126 Torino	Telefono 011 6334155	Fax 011 6335181	Email mruta@cittadellasalute.to.it
--	-------------------------	--------------------	---------------------------------------