



Questionario sulla storia familiare

Dati di chi compila il questionario

| | | | |
|-----------------|------------------|------------------|--|
| Cognome | | Nome | |
| Data di nascita | ___ / ___ / ____ | Luogo di nascita | |
| Indirizzo | | Città | |
| CAP | | Provincia | |
| Telefono | | Cellulare | |
| Altezza | | Peso | |

Allegare copia degli eventuali esami istologici di pertinenza mammaria.

Età prima mestruazione _____

Menopausa NO SI Se SI', a quale età? ____

Uso di contraccettivi orali NO SI Mesi complessivi di assunzione ____

meno di 5anni fà

più di 5 anni fà

Tipo di pillola _____

uso corrente

Ha avuto un tumore?

- | | | |
|-------------------------|---|----------------------------|
| - alla mammella | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Se SI', a quale età ? ____ |
| - biopsie o agoaspirato | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Se SI', a quale età ? ____ |
| - iperplasia atipica | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Se SI', a quale età ? ____ |
| - ovaio | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Se SI', a quale età ? ____ |
| - colon/retto | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Se SI', a quale età ? ____ |
| - altri organi _____ | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Se SI', a quale età ? ____ |



**Questionario e consenso informato per l'analisi
molecolare dei geni BRCA1 e BRCA2**

Rev. 02
Data marzo2016

FIGLI

Ha figli maschi ? NO SI Se SI, quanti _____

Ha figlie femmine ? NO SI Se SI, quante _____

| NOME COGNOME e DATA DI NASCITA | Sesso | | E' vivo | | | Ha avuto un tumore ? | | | In quale organo ha avuto il tumore? | Se mammella | Età alla diagnosi |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|---|-------------------|
| | M | F | Si (età che ha adesso) | NO (a quale età è morto) | Non so | Si | NO | Non so | | | |
| ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |
| ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |
| ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |
| ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |
| ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |
| ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |
| ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |



**Questionario e consenso informato per l'analisi
molecolare dei geni BRCA1 e BRCA2**

Rev. 02
Data marzo2016

Pagina 3 di 15

FRATELLI e SORELLE

Ha fratelli ? NO SI Se SI, quanti _____

Ha sorelle ? NO SI Se SI, quante _____

| NOME COGNOME e DATA DI NASCITA | Sesso | | E' vivo | | | Ha avuto un tumore ? | | | In quale organo ha avuto il tumore? | Se mammella | Età alla diagnosi |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|---|-------------------|
| | M | F | Si (età che ha adesso) | NO (a quale età è morto) | Non so | Si | NO | Non so | | | |
| ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |
| ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |
| ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |
| ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |
| ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |
| ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |
| ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |



**Questionario e consenso informato per l'analisi
molecolare dei geni BRCA1 e BRCA2**

Rev. 02
Data marzo2016

Pagina 4 di 15

NIPOTI

Ha nipoti da parte dei suoi fratelli/sorelle ? NO SI Se SI, quanti _____

| NOME COGNOME e DATA DI NASCITA | Sesso | | E' vivo | | | Ha avuto un tumore ? | | | In quale organo ha avuto il tumore? | Se mammella | Età alla diagnosi |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|---|-------------------|
| | M | F | Si (età che ha adesso) | NO (a quale età è morto) | Non so | Si | NO | Non so | | | |
| ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |
| ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |
| ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |
| ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |
| ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |
| ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |
| ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |



**Questionario e consenso informato per l'analisi
molecolare dei geni BRCA1 e BRCA2**

Rev. 02
Data marzo2016

Pagina 5 di 15

FAMIGLIA PATERNA

| NOME COGNOME e DATA DI NASCITA | Sesso | | E' vivo | | | Ha avuto un tumore ? | | | In quale organo ha avuto il tumore? | Se mammella | Età alla diagnosi |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|---|-------------------|
| | M | F | Si (età che ha adesso) | NO (a quale età è morto) | Non so | Si | NO | Non so | | | |
| PADRE ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |
| NONNO PATERNO ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |
| NONNA PATERNA ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |

Zii e zie paterne

Suo padre ha fratelli ? NO SI Se SI, quanti _____

Suo padre ha sorelle ? NO SI Se SI, quante _____

| NOME COGNOME e DATA DI NASCITA | Sesso | | E' vivo | | | Ha avuto un tumore ? | | | In quale organo ha avuto il tumore? | Se mammella | Età alla diagnosi |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|---|-------------------|
| | M | F | Si (età che ha adesso) | NO (a quale età è morto) | Non so | Si | NO | Non so | | | |
| ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |
| ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |
| ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |



**Questionario e consenso informato per l'analisi
molecolare dei geni BRCA1 e BRCA2**

Rev. 02
Data marzo2016

Pagina 6 di 15

| | | | | | | | | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|---|
| ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età ____ | <input type="checkbox"/> età ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale |
| ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età ____ | <input type="checkbox"/> età ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale |

Cugini paterni

Ha cugini paterni? NO SI Se SI, quanti ____

| NOME COGNOME e DATA DI NASCITA | Sesso | | E' vivo | | | Ha avuto un tumore ? | | | In quale organo ha avuto il tumore? | Se mammella | Età alla diagnosi |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|---|-------------------|
| | M | F | Si (età che ha adesso) | NO (a quale età è morto) | Non so | Si | NO | Non so | | | |
| ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età ____ | <input type="checkbox"/> età ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |
| ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età ____ | <input type="checkbox"/> età ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |
| ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età ____ | <input type="checkbox"/> età ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |
| ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età ____ | <input type="checkbox"/> età ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |
| ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età ____ | <input type="checkbox"/> età ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |
| ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età ____ | <input type="checkbox"/> età ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |



**Questionario e consenso informato per l'analisi
molecolare dei geni BRCA1 e BRCA2**

Rev. 02
Data marzo2016

Pagina 7 di 15

FAMIGLIA MATERNA

| NOME COGNOME e DATA DI NASCITA | Sesso | | E' vivo | | | Ha avuto un tumore ? | | | In quale organo ha avuto il tumore? | Se mammella | Età alla diagnosi |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|---|-------------------|
| | M | F | Si (età che ha adesso) | NO (a quale età è morto) | Non so | Si | NO | Non so | | | |
| MADRE ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |
| NONNO MATERNO ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |
| NONNA MATERNA ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |

Zii e zie materne

Sua madre ha fratelli ? NO SI Se SI, quanti _____

Sua madre ha sorelle ? NO SI Se SI, quante _____

| NOME COGNOME e DATA DI NASCITA | Sesso | | E' vivo | | | Ha avuto un tumore ? | | | In quale organo ha avuto il tumore? | Se mammella | Età alla diagnosi |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|---|-------------------|
| | M | F | Si (età che ha adesso) | NO (a quale età è morto) | Non so | Si | NO | Non so | | | |
| ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |
| ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |
| ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> età____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |



**Questionario e consenso informato per l'analisi
molecolare dei geni BRCA1 e BRCA2**

Rev. 02
Data marzo2016

Pagina 8 di 15

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|---|
| ___ / ___ / ___ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età___ | <input type="checkbox"/> età___ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale |
| ___ / ___ / ___ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età___ | <input type="checkbox"/> età___ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale |

Cugini materni

Ha cugini materni ? NO SI Se SI, quanti _____

| NOME COGNOME e DATA DI NASCITA | Sesso | | E' vivo | | | Ha avuto un tumore ? | | | In quale organo ha avuto il tumore? | Se mammella | Età alla diagnosi |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|---|-------------------|
| | M | F | Si (età che ha adesso) | NO (a quale età è morto) | Non so | Si | NO | Non so | | | |
| ___ / ___ / ___ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età___ | <input type="checkbox"/> età___ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |
| ___ / ___ / ___ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età___ | <input type="checkbox"/> età___ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |
| ___ / ___ / ___ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età___ | <input type="checkbox"/> età___ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |
| ___ / ___ / ___ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età___ | <input type="checkbox"/> età___ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |
| ___ / ___ / ___ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età___ | <input type="checkbox"/> età___ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |
| ___ / ___ / ___ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> età___ | <input type="checkbox"/> età___ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> monolat <input type="checkbox"/> bilaterale | |



**PROTOCOLLO PER LO STUDIO GENETICO E LA DIAGNOSI PRECOCE
DEI CARCINOMI EREDITARI DELLA MAMMELLA E DELL'OVAIO
CORRELATI A MUTAZIONI DEI GENI BRCA1 E BRCA2**

Egregio Signore/a,

con questo documento chiediamo la Sua adesione formale ad un programma di ricerca che si propone di valutare il rapporto fra la presenza di casi di tumore in famiglia e il rischio di predisposizione ereditaria allo sviluppo di tumori della mammella e/o dell'ovaio nei singoli membri della famiglia, mediante la individuazione di mutazioni nei geni BRCA1 e BRCA2.

La Ricerca Scientifica ha permesso di individuare i geni BRCA1 e BRCA2, che normalmente svolgono una funzione protettiva, ma che, se alterati nella loro funzione, possono determinare un aumento del rischio di sviluppare un tumore della mammella e/o dell'ovaio.

Per ciascuna donna esiste un rischio pari a 1 su 8 di sviluppare un tumore della mammella e di 1 su 70 di sviluppare un tumore dell'ovaio nel corso della vita. Alcune donne hanno una probabilità di rischio più elevata dovuta a caratteristiche familiari. In alcune famiglie, la presenza di più di un individuo affetto da tumore della mammella e/o dell'ovaio potrebbe indicare una aumentata probabilità di rischio per gli appartenenti allo stesso nucleo familiare, e ciò potrebbe essere causata dalla presenza di mutazioni a livello dei geni BRCA1 e BRCA2.

Per valutare accuratamente il rischio di ciascun individuo di sviluppare un tumore sono necessarie informazioni sui familiari che hanno eventualmente contratto la malattia e sull'età di insorgenza della malattia stessa. La raccolta di tali informazioni mediante la compilazione di questionari, la ricostruzione degli alberi genealogici ed una eventuale analisi di mutazioni nei geni BRCA1 e BRCA2, possono permettere di definire le caratteristiche della malattia a livello familiare. Queste informazioni avranno un importante significato statistico, permettendo una migliore caratterizzazione delle componenti di familiarità incisive nella determinazione di un aumentato rischio di predisposizione allo sviluppo della malattia.



**Questionario e consenso informato per l'analisi
molecolare dei geni BRCA1 e BRCA2**

Rev. 02
Data marzo2016

Pagina 10 di 15

Le informazioni che le verranno richieste nei questionari saranno:

- il numero di parenti affetti da tumore;
- il tipo di tumore
- l'età di insorgenza dei tumori
- il rapporto di parentela fra la paziente e i familiari affetti da tumore.

La determinazione dell'albero genealogico verrà effettuata in sua presenza da un medico genetista, il quale sarà in grado di rispondere alle domande e ai dubbi che potrà avere a riguardo. I dati da lei forniti verranno trattati con la massima riservatezza e verranno utilizzati solo a scopi di ricerca dai ricercatori coinvolti nello studio. Le verrà inoltre chiesto di effettuare un prelievo di sangue che verrà impiegato per le indagini molecolari.

Le indagini molecolari consisteranno di un prelievo di sangue venoso che verrà eseguito esclusivamente dopo la sua adesione allo studio e i risultati che ne deriveranno verranno utilizzati a scopo di ricerca finalizzata alla caratterizzazione clinica e molecolare della predisposizione ereditaria allo sviluppo dei tumori della mammella e/o dell'ovaio.

I risultati dell'indagine molecolare dei geni BRCA1 e BRCA2 potranno essere:

- positivo in caso di identificazione di una alterazione della sequenza di uno dei due geni;
- negativo nel caso in cui l'indagine non rilevi nessuna alterazione. Tale risultato non esclude la possibilità di alterazioni molecolari predisponenti non rilevate e quindi non permette l'esclusione a priori di una possibile predisposizione ereditaria.

Io sottoscritta/o nata/o a.....il.....

residente a.....Provincia..... Cap.....

Via..... Telefono

ha preso visione dello studio ed acconsente al prelievo e all'utilizzo dei suoi dati personali solo ed esclusivamente per gli scopi del progetto di ricerca sopra indicato.



AZIENDA OSPEDALIERA DI
PERUGIA

MO_LabOncMed_44

**Questionario e consenso informato per l'analisi
molecolare dei geni BRCA1 e BRCA2**

Rev. 02
Data marzo2016

Pagina 11 di 15

Poiché i suoi dati potrebbero essere utili a successivi studi e/o programmi di prevenzione oncologica attivati e/o attivabili in un prossimo futuro, disposizioni a riguardo sono state indicate negli appositi Moduli Consenso riguardo i dati di Consulenza Genetica Oncologica e Analisi Genetico-Molecolare.

Firma

.....



MODULO CONSENSO INFORMATO CONSULENZA GENETICO-ONCOLOGICA

Autorizzazione all'uso dei dati personali, secondo la legge L 675/96, per la ricostruzione dell'albero genealogico e della storia familiare di tumore.

Io sottoscritto/a nata/o a il

residente a Provincia Cap

Via Telefono

Dichiaro di essere stata/o informata/o che lo studio ha come scopo quello di stabilire se la presenza di casi di tumore nella mia famiglia abbia una causa di tipo ereditario e se sia possibile stimare quale è il rischio di sviluppare tumori della mammella e/o dell'ovaio nei singoli componenti la famiglia stessa.

Sono inoltre a conoscenza che il personale medico, biologo e psicologo coinvolto nello studio sarà tenuto alla tutela della riservatezza riguardo alle informazioni relative a me ed ai miei familiari.

In piena coscienza e libertà di scelta accetto di prendere parte ad un colloquio al fine di ricostruire la storia di tumore nella mia famiglia.

Consapevole delle finalità e delle limitazioni dichiaro inoltre di:

volere non volere che i risultati delle analisi vengano inviate al medico oncologo che mi segue; nel caso in cui Lei NON volesse, verranno inviati all'indirizzo di residenza riportato sul consenso

volere non volere essere informata/o circa i risultati della consulenza genetico oncologica

volere non volere essere eventualmente disponibile a contattare i parenti direttamente coinvolti nello studio al fine di ricostruire dettagliatamente la storia familiare di tumore



**Questionario e consenso informato per l'analisi
molecolare dei geni BRCA1 e BRCA2**

Rev. 02
Data marzo2016

Pagina 13 di 15

volere non volere essere eventualmente contattata/o per proseguire
l'approfondimento

volere non volere essere informata/o qualora nuovi risultati o possibilità
diagnostiche emergessero da tali studi nei miei confronti

volere non volere essere informata/o qualora nuovi risultati o possibilità
diagnostiche emergessero da tali studi nei confronti dei miei
familiari

volere non volere rendere partecipe circa i risultati della presente analisi il mio
medico di famiglia

Firma

Data

.....

.....

Firma di chi ha raccolto il consenso:

Dott.....



MODULO CONSENSO INFORMATO ANALISI GENETICO-MOLECOLARE

Autorizzazione all'uso dei dati personali, secondo la legge L 675/96, per l'esecuzione dell'analisi genetico-molecolare.

Io sottoscritta/o nata/o ail

residente a.....Provincia.....Cap.....

Via.....Telefono

Dichiaro di essere stata/o informata/o che le analisi genetiche comprendono esami sul DNA umano, i cromosomi, le proteine o qualsiasi altra componente cellulare allo scopo di individuare alterazioni nel patrimonio genetico predisponenti allo sviluppo di malattie.

Dichiaro di aver ricevuto una dettagliata informazione sugli aspetti genetici della predisposizione allo sviluppo dei tumori della mammella e dell'ovaio, e di aver compreso l'utilità ed i limiti delle analisi genetiche a me proposte.

Sono inoltre a conoscenza che il personale medico, biologo e psicologo coinvolto nello studio sarà tenuto alla tutela della riservatezza riguardo alle informazioni relative a me ed ai miei familiari.

In piena coscienza e libertà di scelta acconsento al prelievo di materiale biologico per l'esecuzione di analisi genetico-molecolari allo scopo di individuare alterazioni molecolari predisponenti il tumore.

Consapevole delle finalità e delle limitazioni dichiaro inoltre di:

volere non volere che i risultati delle analisi vengano inviate al medico oncologo che mi segue; nel caso in cui Lei NON volesse, verranno inviati all'indirizzo di residenza riportato sul consenso

volere non volere essere informata/o circa i risultati delle analisi



**Questionario e consenso informato per l'analisi
molecolare dei geni BRCA1 e BRCA2**

Rev. 02
Data marzo2016

Pagina 15 di 15

- volere non volere rendere partecipe la mia famiglia circa la decisione di eseguire tali analisi
- volere non volere rendere partecipi i miei familiari riguardo i risultati delle analisi
- volere non volere rendere partecipe dei risultati il mio medico di famiglia
- volere non volere che il DNA estratto del campione biologico venga conservato anche dopo l'esecuzione del test
- volere non volere che il DNA estratto venga usato, sempre con garanzia di massima riservatezza, per studi o ricerche scientifiche
- volere non volere essere informata/o di eventuali nuovi risultati o possibilità diagnostiche derivanti dai suddetti studi o ricerche

Firma

Data

.....

.....

Firma di chi ha raccolto il consenso:

Dott.....