NUOVA ITOR
CASA DI CURA

Casa di Cura Nuova Itor
Via di Pietralata 162, 00158 Roma

Prima della visita

La Sua storia in dieci minuti, per arrivare preparata

Cognome _____ **Nome** _____

Data di nascita _____ **Data di compilazione** _____

Barri una casella per ogni domanda; se non sa, barri «Non so».
Dove è scritto «Può sceglierne più di una», barri tutte le caselle che valgono.

Le Sue risposte servono solo per la visita: l'ostetrica le inserisce nella Sua cartella. Titolare del trattamento: Dott. Carlo Piscicelli, Casa di Cura Nuova Itor.

Parte 1 · Il ciclo

1. Quando ha avuto l'ultima mestruazione?

Se ha ancora il ciclo, indichi l'ultimo. Se non ricorda il mese, scelga solo l'anno.

Mese ☐☐ Anno ☐☐☐☐ ☐ Non ricordo

2. Le è stato asportato l'utero (isterectomia)?

☐ No ☐ Sì, all'età di _____ anni ☐ Non so

3. Le sono state asportate le ovaie?

☐ No ☐ Sì, una sola ☐ Sì, entrambe, all'età di _____ anni ☐ Non so

4. Il ciclo è finito prima dei 45 anni?

☐ No, dopo i 45 anni ☐ Sì, tra i 40 e i 44 anni ☐ Sì, prima dei 40 anni
☐ Ho ancora il ciclo ☐ Non so

5. Negli ultimi 6 mesi ha avuto perdite di sangue molto abbondanti?

Il ciclo solo irregolare, più vicino o più lontano, non conta.

☐ No ☐ Sì ☐ Non so

6. Negli ultimi 6 mesi ha avuto perdite di sangue tra un ciclo e l'altro?

☐ No ☐ Sì ☐ Non so

7. Negli ultimi 6 mesi ha avuto perdite di sangue dopo i rapporti?

☐ No ☐ Sì ☐ Non so

8. Ha avuto perdite di sangue dopo almeno 12 mesi senza ciclo?

☐ No ☐ Sì ☐ Non so

Parte 2 · Fumo e alcol

9. Fuma?

- [ ] Non ho mai fumato
- [ ] Ho smesso
  - [ ] da meno di 1 anno
  - [ ] da 1 a 4 anni
  - [ ] da 5 a 9 anni
  - [ ] da 10 a 14 anni
  - [ ] da 15 anni o più
- [ ] Sì
  - [ ] da 1 a 4 sigarette al giorno
  - [ ] da 5 a 9 al giorno
  - [ ] da 10 a 19 al giorno
  - [ ] da 20 a 29 al giorno
  - [ ] 30 o più al giorno
- [ ] Non so

10. Quanti bicchieri di bevande alcoliche beve in una settimana?

Un bicchiere è un bicchiere di vino, una birra piccola o un bicchierino di superalcolico.

- [ ] Nessuno
- [ ] Da 1 a 7
- [ ] Da 8 a 14
- [ ] Da 15 a 20
- [ ] 21 o più (3 o più al giorno)
- [ ] Non so

Parte 3 · Movimento e alimentazione

11. Fa almeno 30 minuti di attività fisica al giorno, al lavoro o nel tempo libero?

Conta anche camminare a passo svelto, andare in bicicletta, fare le scale o i lavori di casa pesanti.

- [ ] Sì
- [ ] No
- [ ] Non so

12. Mangia frutta o verdura tutti i giorni?

- [ ] Sì
- [ ] No
- [ ] Non so

Parte 4 · Malattie

13. Un medico Le ha mai detto di avere una di queste malattie? *Può sceglierne più di una.*

- [ ] Nessuna di queste
- [ ] Pressione alta
- [ ] Diabete
- [ ] Colesterolo alto
- [ ] Infarto
- [ ] Ictus o ischemia cerebrale transitoria
- [ ] Angina o restringimento delle arterie delle gambe
- [ ] Trombosi venosa o embolia polmonare
- [ ] Tumore al seno
- [ ] Tumore dell'endometrio (la parete interna dell'utero)
- [ ] Malattie del fegato
- [ ] Malattie della tiroide
- [ ] Malattie dei reni
- [ ] Artrite reumatoide
- [ ] Emicrania con aura (disturbi della vista o formicolii prima del mal di testa)
- [ ] Zucchero alto nel sangue in passato, fuori dalla gravidanza
- [ ] Endometriosi
- [ ] Celiachia
- [ ] Non so

Parte 5 · Gravidanze

14. Durante le gravidanze ha avuto uno di questi problemi? *Può sceglierne più di una.*

- ☐ Nessuno di questi
- ☐ Non ho avuto gravidanze
- ☐ Diabete in gravidanza
- ☐ Pressione alta o preeclampsia in gravidanza
- ☐ Parto prima della 37ª settimana
- ☐ Non so

Parte 6 · Farmaci

15. Quali farmaci prende regolarmente in questo periodo? *Può sceglierne più di una.*

- ☐ Nessuno di questi
- ☐ Per la pressione
- ☐ Per il colesterolo
- ☐ Per il diabete
- ☐ Per la tiroide
- ☐ Cortisone in compresse, da più di 3 mesi
- ☐ Anticoagulanti, per la trombosi o per il cuore
- ☐ Aspirina o altri farmaci per prevenire l'infarto o l'ictus
- ☐ Terapia ormonale per la menopausa
- ☐ Contraccezione ormonale: pillola, anello, cerotto, spirale ormonale o impianto
- ☐ Per l'umore (antidepressivi)
- ☐ Calcio o vitamina D
- ☐ Per le ossa (osteoporosi)
- ☐ Non so

16. Ha mai preso regolarmente farmaci per la pressione, anche in passato?

☐ Sì ☐ No ☐ Non so

Parte 7 · In famiglia

17. Nella Sua famiglia qualcuno ha avuto uno di questi problemi? *Può sceglierne più di una.*

- ☐ Nessuno di questi
- ☐ Diabete in un genitore, un fratello, una sorella o un figlio
- ☐ Diabete in un nonno, una nonna, uno zio, una zia o un cugino di primo grado
- ☐ Infarto o ictus in un genitore, un fratello o una sorella: un uomo prima dei 55 anni o una donna prima dei 65
- ☐ Frattura del femore in uno dei genitori
- ☐ Tumore al seno o all'ovaio in una parente (madre, sorella, figlia, nonna, zia)
- ☐ Colesterolo molto alto in un genitore, un fratello o una sorella
- ☐ Trombosi venosa o embolia polmonare in un genitore, un fratello, una sorella o un figlio
- ☐ Non so

Parte 8 · Ossa e cadute

18. Dopo i 50 anni si è rotta un osso cadendo da in piedi o per un colpo leggero?

Per esempio il polso, una vertebra, il femore o una costola.

☐ Sì ☐ No ☐ Non ho ancora 50 anni ☐ Non so

19. **Quante volte è caduta nell'ultimo anno?**

☐ Nessuna ☐ Una volta ☐ Due o più volte ☐ Non so

Parte 9 · Controlli

20. **In che anno ha fatto l'ultima mammografia?**

Anno ☐☐☐☐ ☐ Mai fatta ☐ Non ricordo

21. **In che anno ha fatto l'ultimo Pap test o test per il papilloma virus (HPV)?**

Anno ☐☐☐☐ ☐ Mai fatto ☐ Non ricordo

22. **Quale test era?** *(Risponda solo se ha scritto un anno nella domanda 21)*

☐ Pap test ☐ Test per il papilloma virus (HPV) ☐ Non so

23. **In che anno ha fatto l'ultima densitometria ossea (MOC)?**

Anno ☐☐☐☐ ☐ Mai fatta ☐ Non ricordo

Parte 10 · Di cosa vorrebbe parlare

24. **Di cosa vorrebbe parlare alla visita?** *Può sceglierne più di una.*

☐ Vampate e sudorazioni
☐ Umore, ansia o stanchezza
☐ Vita sessuale e secchezza intima
☐ Perdite di sangue irregolari
☐ Salute delle ossa
☐ Terapia ormonale della menopausa
☐ Sonno
☐ Memoria e concentrazione
☐ Perdite di urina
☐ Peso e alimentazione
☐ Cuore e pressione
☐ Contraccezione

Riservato all'ambulatorio

Trascritto nell'app da _____ il _____