

DOMANDA DI ADESIONE ALLA CAMPAGNA DI SCREENING

DEL 03/02/2024

Il/la sottoscritto/a		
	(cognome)	(nome)
nato/a a		il
	(comune di nascita – se nato/a all'estero: specificare lo Stato) (prov.)	(gg/mm/aa)
residente a	PADRIA	SS
	(comune di residenza)	(prov.)
		n°
	(via, piazza, contrada, località, ecc.)	(num. civico)
Codice Fiscale		
telefono:	e-mail:	cellulare:

CHIEDE DI ESSERE AMMESSO AL SEGUENTE SCREENING

Screening MCNT patologie Cardiovascolari (saranno effettuati i rilevamenti dei parametri ematochimici (glicemia, profilo lipidico) e clinici (pressione arteriosa, peso, BMI) utili a valutare il Rischio per patologie cardiovascolari, visita e ,se ritenuto necessario, esecuzione di ECG in loco.

- persone di età ≥ 40 anni
- persone non affette da cardiopatia
- persone a cui non sia stata diagnosticata ipertensione arteriosa o in trattamento con statine

Screening MCNT Diabetologia (saranno valutati esami ematochimici (glicemia, Hb glicata, profilo lipidico) e consulto diabetologico:

- persone di età ≥ 40 anni
- persone a cui non sia già stato diagnosticato il diabete

Screening Oncologici (verranno consegnate le provette per la raccolta del sangue occulto nelle feci per i pazienti a rischio di carcinoma del colonretto, appuntamenti per mammografie e pap-test

- persone in età compresa tra 50 e 69 anni per gli screening mammografico e coloretale
- persone in età compresa tra 25 e 64 anni per lo screening cervice uterina

Si precisa che non saranno effettuati esami strumentali o invasivi in loco

Screening Pneumologici- BPCO:

- persone con abitudine tabagicae/o esposizione ad inquinanti ambientali, di età ≥ 40 anni
- persone ex fumatori di età ≥ 40 anni
- persone di età ≥ 40 anni con prima richiesta di spirometria da parte del Medico curante

□ Screening Ginecologici:

- pazienti di età compresa tra i 25 e 69 anni con problematiche di carattere ginecologico, quali: *alterazioni del ciclo mestruale, contraccezione, endometriosi, segni e/o sintomi di malattie sessualmente trasmissibili.*
- pazienti in gravidanza
- pazienti con problematiche legate a Sindrome Menopausale

AUTORIZZA

Il trattamento dei propri dati personali ai sensi del GDPR (Regolamento UE 2016/679) per i fini propri della presente dichiarazione.

Data_____

Firma del Dichiarante_____