

Programma di screening per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori colon retto

QUESTIONARIO

Nome

Cognome.....

Data e luogo di nascita.....

Spazio Etichetta Laboratorio

Codice Identificativo:

Numero di telefono Indirizzo e-mail

Numero di telefono di una persona di sua fiducia nel caso lei non fosse raggiungibile (specificare nome e cognome)

La informiamo che, qualora non avesse indicato recapiti telefonici ma avessimo necessità di contattarla, cercheremo un suo numero di telefono consultando le banche dati aziendali.

Se vuole aderire al programma di screening per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori del colon-retto consegna il presente questionario, insieme alla provetta, indicando:

- Data di raccolta del campione di feci.....
- Conservazione in frigo ☐ SI ☐ NO
- Se ha eseguito una colonscopia negli ultimi 3 anni allegare una copia del referto, se possibile.

Data:

Firma.....

ATTENZIONE! Solo se non vuole più ricevere inviti dal programma di screening per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori del colon-retto, barrare la seguente casella

☐ Dichiaro di non volere aderire al programma di screening per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori del colon-retto e di non voler ricevere altri inviti riferiti a tale programma.

ed invii il questionario, insieme a una copia del suo documento d'identità, in uno dei seguenti modi:

- per posta elettronica, all'indirizzo infocolonretto@ausl.mo.it
- per posta cartacea a: Centro Screening Colon Retto, c/o via Pietro Giardini 464 Scala F 5° piano 41126 Modena
- presso uno dei Punti Prelievi dell'Ausl di Modena elencati nell'allegato della lettera di invito ricevuta

Nel caso in cui volesse successivamente rientrare nel programma di screening non esiti a contattarci al numero verde 800 300315

Data:

Firma.....