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

Spazio Etichetta Laboratorio

Nome …….

Cognome…….....

Data e luogo di nascita…….

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.

Data di raccolta del campione di feci……

Conservazione in frigo ☐ **SI** ☐ **NO**

Se ha eseguito una colonscopia negli ultimi 3 anni alleghi una copia del referto, se possibile.

Data: ……. Firma……

Se non vuole aderire al programma di screening per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori del colon-retto barri la casella ☐ **NO**

ATTENZIONE! ***Se* ha risposto NO, non riceverà altri inviti riferiti a questo programma di screening**

Le chiediamo di presentare questo questionario firmato, allegando copia di un suo documento di identità, in una delle seguenti modalità:

- consegna presso un punto prelievi (elenco allegato alla lettera di invito)
- invio per e-mail all'indirizzo infocolonretto@ausl.mo.it
- invio per posta ordinaria all'indirizzo: Centro Screening Colon Retto, c/o Centro Servizi AUSL di Modena, Strada Martiniana, 21 - 41126 Modena

Data: ……. Firma……