QUESTIONARIO SCREENING POLMONE

Valutazione di eleggibilità a LDCT e a percorso antifumo

ANAGRAFICA	
Nome	
Cognome	
Sesso	
Data di nascita *(gg/mm/aaaa)*	
Codice Fiscale	
Luogo di nascita	
Provincia di nascita	
Comune di residenza	
Provincia di residenza	
Indirizzo di residenza	
Comune di domicilio *(se diverso da residenza)*	
Provincia di domicilio	
Indirizzo di domicilio	
Telefono	
E-mail *(dato facoltativo)*	

SEZIONE 1 — ABITUDINE AL FUMO E CRITERI DI ELEGGIBILITÀ

1. Come descriverebbe il suo rapporto con il fumo di sigarette?

- □ Sono fumatore
- □ Ho smesso di fumare da meno di un anno
- □ Ho smesso di fumare da più di un anno

Se ha smesso, indichi l'anno:

_____

2. Per quanti anni ha fumato in totale?

_____

3. Qual è / Qual è stato il suo consumo medio di sigarette al giorno?
(indicare il numero di sigarette, NON di pacchetti. Es.: 1 pacchetto = 20 sigarette)

_____

Pack-years (calcolo):

_____

> *Formula: pack-years = (numero di sigarette al giorno ÷ 20) × anni totali di fumo.*

4. È già stato preso in carico da un centro antifumo per smettere di fumare?

- □ NO
- □ SÌ

Se SÌ, quando (indichi mese/anno e quale centro):

_____

5. Attualmente fuma regolarmente altri prodotti?
(barrare una o più opzioni)

- □ Sigaretta elettronica (e-cig)
- □ Tabacco riscaldato
- □ Altro (indicare cosa):

_____

6. Le è mai stato diagnosticato un tumore?

- □ SÌ
- □ NO
- □ Non so

7. Se sì, si trattava di tumore al polmone?

- □ SÌ
- □ NO
- □ Non so

8. Ha effettuato una TC torace negli ultimi 18 mesi?

- □ SÌ
- □ NO
- □ Non so

Se SÌ, quando (indichi mese/anno):

_____

SEZIONE 2 - DATI AGGIUNTIVI (RACCOLTA FACOLTATIVA)

1a. In quali comuni ha vissuto per almeno 5 anni?

_____

2a. Qual è il suo livello di studio?

□ 1. Scuola media o livello inferiore

□ 2. Scuola superiore (attestato/diploma di qualifica professionale)

□ 3. Scuola superiore (diploma di maturità)

□ 4. Formazione post diploma (es. corso professionalizzante ITS; ha frequentato l'università senza conseguire il titolo; altro)

□ 5. Laurea triennale

□ 6. Laurea magistrale, a ciclo unico o titolo di terzo livello post-laurea

3a. A un suo parente di primo grado è mai stato diagnosticato un tumore del polmone?
(padre / madre / fratello / sorella / figli — escluso coniuge)

□ SÌ

□ NO

□ Non so

4a. È affetto da BPCO (broncopneumopatia cronico-ostruttiva), enfisema o bronchite cronica?

□ SÌ

□ NO

□ Non so

5a. Quanto pesa?
(indicare il peso in kg)

_____

6a. Quanto è alto/a?
(indicare l'altezza in metri)

_____

7a. Nella sua vita ha mai fatto, per almeno 1 anno in totale, lavori con mansioni manuali o tecniche (ad esempio operaio, manovale, eccetera)?

□ NO, ho sempre svolto solo mansioni impiegatizie, amministrative, gestionali o dirigenziali

□ SÌ — in questo caso, indicare con una X in tabella quali LAVORI e per QUANTI ANNI IN TOTALE

N.	LAVORI	Mansione manuale o tecnica	Quanti anni?

N.	LAVORI	Mansione manuale o tecnica	Quanti anni?
1	Edilizia (costruzione edifici, strade, ponti, altro)	☐	
2	Pittura o verniciatura (imbianchini, verniciatori di metalli)	☐	
3	Industria metalmeccanica, metallurgica o termoidraulica	☐	
4	Lavorazioni galvaniche: cadmiatura, cromatura o nichelatura	☐	
5	Lavori in fonderie, acciaierie o cokerie	☐	
6	Saldatura di metalli	☐	
7	Produzione di materiali a base di amianto (cemento-amianto, tessuti con amianto, altro)	☐	
8	Industria ceramica o della terracotta	☐	
9	Soffiatura o stampaggio del vetro	☐	
10	Industria della gomma	☐	
11	Industria tessile	☐	
12	Impianti petrolchimici o raffinerie di petrolio	☐	
13	Autisti (taxi, camion) o piloti (aerei, navi) o conduttori di altri mezzi a motore	☐	
14	Meccanici: riparazione camion, autoveicoli, altri mezzi a motore	☐	
15	Costruzione, manutenzione, demolizione di rotabili ferroviari o di navi	☐	
16	Miniere o cave	☐	
0	Nessuno dei precedenti	☐	

SEZIONE 3 — INFORMATIVA E MANIFESTAZIONI DI VOLONTÀ

I dati raccolti con il presente questionario sono trattati da ASST Bergamo Ovest, in qualità di Titolare, per le finalità connesse al Programma di Screening del tumore al polmone. Il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico e per finalità di medicina preventiva e di sanità pubblica (art. 6, par. 1, lett. e, e art. 9, par. 2, lett. h e i, del Reg. UE 2016/679; artt. 2-sexies e 2-septies del D.Lgs. 196/2003), nell'ambito del programma di screening polmonare. Il conferimento dei dati necessari all'ammissione è obbligatorio: in loro mancanza non sarà possibile procedere alla valutazione di idoneità e all'erogazione delle prestazioni.

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali resa ai sensi degli artt. 13-14 del Reg. UE 2016/679.

Data: ..... **Firma dell'assistito/a:** .....

Consenso facoltativo. La seguente scelta è libera, revocabile in qualsiasi momento e non condiziona l'accesso al programma:

Autorizzo la comunicazione di eventuali riscontri di patologie non oggetto diretto del Programma di Screening, emersi in occasione degli esami: ☐ SI ☐ NO

Data: ..... **Firma dell'assistito/a:** .....
