



*Ministero della Salute*

**REGISTRI REGIONALI E NAZIONALE DEGLI  
IMPIANTI PROTESICI MAMMARI**

*Direzione generale dei Dispositivi Medici e del Servizio Farmaceutico*

**REGISTRAZIONE DATI  
ANAMNESTICI DEL PAZIENTE  
SOTTOPOSTO A IMPIANTO O  
RIMOZIONE DI UNA PROTESI  
MAMMARIA**

# SCHEMATA VISUALIZZATA DAL CHIRURGO

**Nuovo Intervento** Regione: CALABRIA

Anagrafica **Anamnesi** Intervento Dispositivi Medici

NDP - Nulla di particolare

Fumo  
 Ipertensione  
 Diabete  
 Disturbi della coagulazione  
 Allergie alimentari o farmacologiche  
 Patologie autoimmuni

Familiarità per CR mammella/e  
Mutazione BRCA1 BRCA2  
 Sì  No  Non rilevato

**Neoplasie**  
*Mammella*  
 Destra  Sinistra  Altre sedi

**Terapie effettuate**  
*Chemioterapia*  
 NO  MENO DI 3 MESI  OLTRE 3 MESI  
*Terapia radiante della mammella*  
 Destra  Sinistra

**SALVA ANAMNESI (2/4)**

SELEZIONARE NDP se l'anamnesi del paziente è negativa

oppure

INDICARE LA/LE VARIABILE/I POSITIVA/E all'anamnesi del paziente

# SCHEMATA VISUALIZZATA DAL CHIRURGO

**Nuovo Intervento** Regione: CALABRIA

Anagrafica **Anamnesi** Intervento Dispositivi Medici

NDP - Nulla di particolare

Fumo  
 Ipertensione  
 Diabete  
 Disturbi della coagulazione  
 Allergie alimentari o farmacologiche  
 Patologie autoimmuni

Familiarità per CR mammella/e  
Mutazione BRCA1 BRCA2  
 Si  No  Non rilevato

**Neoplasie**  
Mammella  
 Destra  Sinistra  Altre sedi

**Terapie effettuate**  
Chemioterapia  
 NO  MENO DI 3 MESI  OLTRE 3 MESI  
Terapia radiante della mammella  
 Destra  Sinistra

SALVA ANAMNESI (2/4)

**CLICCANDO SU NDP TUTTE LE  
ALTRE INFORMAZIONI  
ANAMNESTICHE NON SONO PIU'  
SELEZIONABILI**

# SCHEMATA VISUALIZZATA DAL CHIRURGO

**Nuovo Intervento** Regione: CALABRIA

Anagrafica **Anamnesi** Intervento Dispositivi Medici

NDP - Nulla di particolare

<input checked="" type="checkbox"/> Fumo	<input checked="" type="checkbox"/> Ipertensione	<input checked="" type="checkbox"/> Diabete	<input checked="" type="checkbox"/> Disturbi della coagulazione	<input checked="" type="checkbox"/> Allergie alimentari o farmacologiche	<input checked="" type="checkbox"/> Patologie autoimmuni
--	--	---	---	--	--

Familiarità per CR mammella/e  
Mutazione BRCA1 BRCA2  
 Si  No  Non rilevato

**Neoplasie**  
Mammella  
 Destra  Sinistra  Altre sedi

**Terapie effettuate**  
Chemioterapia  
 NO  MENO DI 3 MESI  OLTRE 3 MESI

Terapia radiante della mammella  
 Destra  Sinistra

SA<sup>ImA</sup> ANAMNESI (2/4)

**IN CASO DI POSITIVITA' DI ANCHE SOLO UN DATO NELL'ANAMNESI DEL PAZIENTE, E' NECESSARIO INDICARE PER OGNI DATO LA PRESENZA O ASSENZA, SELEZIONANDO SI/NO**

# SCHEMATA VISUALIZZATA DAL CHIRURGO

**Nuovo Intervento** Regione: CALABRIA

Anagrafica **Anamnesi** Intervento Dispositivi Medici

NDP - Nulla di particolare

<input checked="" type="checkbox"/> Fumo	<input checked="" type="checkbox"/> Ipertensione	<input checked="" type="checkbox"/> Diabete	<input checked="" type="checkbox"/> Disturbi della coagulazione	<input checked="" type="checkbox"/> Allergie alimentari o farmacologiche	<input checked="" type="checkbox"/> Patologie autoimmuni
<input checked="" type="checkbox"/> Familiarità per CR mammella/e	Mutazione BRCA1 BRCA2 <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non rilevato				
<b>Neoplasie</b>					
Mammella					
<input checked="" type="checkbox"/> Destra	<input checked="" type="checkbox"/> Sinistra	<input checked="" type="checkbox"/> Altre sedi			
<b>Terapie effettuate</b>					
Chemioterapia					
<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> MENO DI 3 MESI	<input type="radio"/> OLTRE 3 MESI			
Terapia radiante della mammella					
<input checked="" type="checkbox"/> Destra	<input checked="" type="checkbox"/> Sinistra				

SA<sup>Ima</sup> ANAMNESI (2/4)

POSIZIONANDO IL CURSORE IN CORRISPONDENZA DEL DATO, COMPORTARSI COME SEGUE:

- **UN CLIC** PER INDICARE IL **SI**
- **DUE CLIC** PER INDICARE IL **NO**

**TUTTE LE VARIABILI DEVONO ESSERE VALORIZZATE**