

# Dichiarazione di adesione volontaria al Programma Svit



PROGRAMMA NAZIONALE  
DI SCREENING E DIAGNOSI  
PRECOCE DELLE LESIONI  
PRECANCEROSE E CANCEROSE  
DEL COLON-RETTO

La preghiamo di compilare la dichiarazione e spedircela firmata, quanto prima e comunque entro una settimana, utilizzando la busta allegata.

Prima di compilare la dichiarazione, legga attentamente la brochure sul Programma Svit allegata. Se ha dubbi riguardo ad alcune domande, ci telefoni o si rivolga all'ambulatorio del Suo medico. La preghiamo di scrivere in stampatello con lettere leggibili.

**Importante:** Ai Suoi dati personali hanno accesso solo le persone autorizzate nell'ambito del Programma Svit. I Suoi dati verranno trattati ai sensi della normativa vigente in materia di tutela dei dati personali.

Nome e cognome: .....

Data di nascita: .....

Indirizzo: .....

Città e CAP: .....

Telefono (fisso e cellulare): .....

E-mail (se disponibile): .....

Se desidera ricevere le nostre comunicazioni a un altro indirizzo, lo indichi qui:

.....

.....

Nome e cognome del Suo medico di base: .....

Indirizzo dell'ambulatorio (nome, via, città e CAP): .....

.....

La preghiamo di comunicarci per iscritto qualsiasi variazione.

La preghiamo di leggere attentamente il questionario sul retro in tutte le sue parti, di compilarlo e di sottoscrivere la dichiarazione.

La preghiamo di girare pagina.

**La preghiamo di rispondere alle seguenti domande e selezionare la risposta valida per Lei:**

In passato ha effettuato un esame completo del colon-retto (colonscopia), per cui si è preparato/a con la pulizia intestinale?  SÌ  NO

*La colonscopia è un esame con cui il medico, mediante un tubo flessibile, esplora l'interno del colon e del retto.*

Se ha risposto SÌ alla domanda precedente, indichi la data indicativa dell'ultima colonscopia effettuata ..... e risponda alle seguenti domande:

**a.** È stata evidenziata la colite ulcerosa o la malattia di Crohn?  SÌ  NO

**b.** Sono stati asportati polipi (i polipi sono escrescenze sulla mucosa intestinale e costituiscono una fase antecedente allo sviluppo del cancro; emorroidi e varici non rientrano tra i polipi).  SÌ  NO

**c.** È stato riscontrato il cancro del colon-retto?  SÌ  NO

**d.** Date le alterazioni patologiche di cui ai punti a, b e c, si sottopone a controlli medici regolari?  SÌ  NO

Se è affetto/a da una delle malattie summenzionate, per le quali effettua già controlli medici specialistici regolari, non La inseriremo nel Programma di screening Svit, in quanto i medici si prendono già cura della Sua salute. Le consigliamo di continuare a sottoporsi a controlli regolari.

Se negli ultimi tre anni ha effettuato una colonscopia dall'esito nella norma, La inviteremo a partecipare al Programma Svit tra due anni. Un esito nella norma significa che durante la colonscopia non sono stati rilevati il cancro del colon-retto, la colite ulcerosa, la malattia di Crohn né polipi.

**Io sottoscritto/a sono consapevole dello scopo e delle procedure del programma nazionale di screening e diagnosi precoce delle lesioni precancerose e cancerose del colon-retto e desidero aderire al programma.**

**Sono consapevole del fatto che la mia adesione al Programma Svit è volontaria e che posso revocare la stessa in qualsiasi momento. Acconsento all'invio di tutte le comunicazioni relative alla mia partecipazione al Programma Svit all'indirizzo indicato a mezzo posta ordinaria.**

Firma: ..... Data: .....