

Cognome e nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____

ULTIMI VALORI PSA (per una valutazione più precisa si raccomanda di allegare gli ultimi tre valori consecutivi)

	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
PSA libero			
PSA totale			
RAPPORTO libero/totale			

MINZIONE NOTTURNA Sì No

URGENZA MINZIONALE Sì No

PREGRESSE PROSTATITI Sì No

INTERVENTI UROLOGICI Sì No

Se Sì, quale? _____

quando? _____

esito? _____

Fotocopie/documentazione Sì No

FARMACI Sì No

Se Sì, quali? _____

ECOGRAFIE TRANS-RETTALI Sì No

Fotocopie/documentazione Sì No

VISITE UROLOGICHE Sì No

Fotocopie/documentazione Sì No

ALTRE PATOLOGIE CONOSCIUTE Sì No

Se sì, quali? _____

Fotocopie/documentazione Sì No

Porcia, ____ / ____ / ____

Firma della Paziente (o Tutore)

Timbro e firma del Medico