

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? _____

Con che esito? _____

Fotocopie/documentazione ☐ Sì ☐ No**FARMACI** ☐ Sì ☐ No

Se Sì, quali? _____

ECOGRAFIE TRANS-RETTALI ☐ Sì ☐ NoFotocopie/documentazione ☐ Sì ☐ No**VISITE UROLOGICHE** ☐ Sì ☐ NoFotocopie/documentazione ☐ Sì ☐ No**ALTRE PATOLOGIE CONOSCIUTE** ☐ Sì ☐ No

Se Sì, quali? _____

Fotocopie/documentazione ☐ Sì ☐ No

Udine, ____ / ____ / ____

Firma della Paziente (o Tutore)**Timbro e firma del Medico**