

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 No

Fotocopie/documentazione Sì No

VISITE UROLOGICHE Sì No

Fotocopie/documentazione Sì No

ALTRÉ PATHOLOGIE CONOSCIUTE Sì No

Se Sì, quali? _____

Fotocopie/documentazione Sì No

Udine, _____ / _____ / _____

Firma della Paziente (o Tutore)

Timbro e firma del Medico