

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

|                               |                |                |                |
|-------------------------------|----------------|----------------|----------------|
|                               | ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____ |
| <b>PSA libero</b>             |                |                |                |
| <b>PSA totale</b>             |                |                |                |
| <b>RAPPORTO libero/totale</b> |                |                |                |

|                             |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>MINZIONE NOTTURNA</b>    | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| <b>URGENZA MINZIONALE</b>   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| <b>PREGRESSE PROSTATITI</b> | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| <b>INTERVENTI UROLOGICI</b> | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

Se Sì, quale? \_\_\_\_\_

Quando? \_\_\_\_\_

Con che esito? \_\_\_\_\_

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

Se Sì, quali? \_\_\_\_\_

|                                |                             |                             |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>ECOGRAFIE TRANS-RETTALI</b> | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Fotocopie/documentazione       | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

|                          |                             |                             |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>VISITE UROLOGICHE</b> | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Fotocopie/documentazione | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

**ALTRE PATOLOGIE CONOSCIUTE** ☐ Sì ☐ No

Se Sì, quali? \_\_\_\_\_

Fotocopie/documentazione ☐ Sì ☐ No

Udine, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del Paziente (o del Tutore)

Timbro e Firma del Medico