

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>			

**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 PATOLOGIE CONOSCIUTE**  Sì  No

Se Sì, quali? \_\_\_\_\_

Fotocopie/documentazione  Sì  No

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

Firma del Paziente (o del Tutore)

Timbro e Firma del Medico