

REZONANS MAGNETYCZNY PROSTATY - ANKIETA

Nazwisko: Imię:

PESEL: Data badania:

Prosimy o wypełnienie i podpisanie niniejszego kwestionariusza. Informacje kliniczne w nim zawarte są objęte tajemnicą lekarską i będą wykorzystane jedynie do interpretacji badania MR.

TAK

NIE

Czy było wykonywane u Pana badanie prostaty przez odbyt (DRE)?

Jeśli tak, proszę podać datę i wynik badania:

Czy przyjmuje Pan leki z następujących grup:

alfa-blokery

leki hormonalne

kastrację hormonalną

Czy były wykonywane u Pana zabiegi/operacje/radioterapia w obrębie miednicy?

Jeśli tak, proszę podać rodzaj i datę zabiegu:

Czy w rodzinie były przypadki zachorowania na raka prostaty?

Jeśli tak, proszę zaznaczyć stopień pokrewieństwa:

dziadek: ojciec: syn: inny:

Czy przebył Pan zapalenie prostaty w przeszłości lub leczy się obecnie z tego powodu?

Jeśli tak, proszę podać datę:

Data: Podpis pacjenta: