Karta Kwalifikacji do zabiegu Termoterapii gruczołu krokowego

Chory…….

PESEL ……..

Zam. ……..

Gruczoł krokowy wielkości …….……..

Badaniem Per rectum ……

PSA…….……. Z dnia ……

Wyniki PSA poprzednie (jeżeli podanie wskazane)……

…….

Biopsja gruczołu krokowego Nie Tak

Jeżeli „Tak" termin biopsji…….

Przebyte zabiegi na gruczole krokowym Nie Tak

Jeżeli Tak rodzaj zabiegu i termin ……

Chory z cewnikiem w pęcherzu moczowym na stałe Nie Tak

Jeżeli „Tak" to od jakiego czasu…….

Leczenie zachowawcze Nie Tak

Jeżeli „Tak" to jakie preparaty:……

Obciążenia ze strony innych narządów:……...

……..

Lekarza kwalifikujący:……..

Data:……

Podpis i pieczątka …….