



OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

Modulo di richiesta per RM Multiparametrica

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il ____/____/____ CF _____

Telefono _____ email _____

Medico richiedente: _____

Ospedale: _____

Precedente esame RM ☐ SI ☐ NO

Referto: _____

Interventi chirurgici urogenitali ☐ SI ☐ NO

tipo: _____ data: ____/____/____

Referto istologico: _____

Biopsia ☐ SI ☐ NO data: ____/____/____

Referto: _____

Terapia farmacologica (indicare quale): _____

Terapia radiante ☐ SI ☐ NO data termine terapia: ____/____/____

Ultimo PSA totale: _____ PSA libero: _____ Rapporto: _____ data: ____/____/____

Precedente PSA totale: _____ PSA libero: _____ Rapporto: _____ data: ____/____/____

PCA3: _____ data: ____/____/____

La mattina prima dell'esame è possibile fare una colazione con tè e biscotti. E' necessario effettuare un clistere verso le ore 10.30, dopodiché rimanere a digiuno.

info@valpamahospital.it • www.valpamahospital.it

Casa di Cura Val Parma Srl • Via XX Settembre, 22 • 43013 Langhirano (PR) • Tel. 0521.8648

C.F. e P.iva 00745280347 • Cod. Univoco T04ZHR3 • PEC: legal@pec.valpamahospital.it