



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 necessario effettuare un clistere.**

info@valparmahospital.it • www.valparmahospital.it

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