

Hälsodeklaration för prostatacancertestning

Fyll i nedanstående frågeformulär och ta med till ditt besök

Namn: _____

Personnummer: _____

Har du tidigare utretts för prostatasjukdom? Ja Nej

Har du under de senaste tre månaderna tagit någon av följande läkemedel:

Finasterid, Dutasterid, Proscar eller Avodart? Ja Nej

Har du en eller flera nära släktingar som har prostatacancer Ja Nej

Hur gamla var de när de fick prostatacancer?

Går du på regelbundna kontroller för någon sjukdom? Ja Nej

Vilken eller vilka sjukdomar? _____

Inför en eventuell magnetkameraundersökning av din prostata, fyll i nedanstående frågor

Längd: _____ cm

Vikt: _____ kg

Har du en pacemaker? Ja Nej

Har du opererats i hjärtat eller hjärnan? Ja Nej

I så fall, vilken typ av operation är gjord, **vilket år** och vid **vilket sjukhus**? _____

Har du metalldelar i kroppen? Exempelvis inopererad protes, metallclips, hjärtklaff, hörselbensprotes, insulinpump, cytostatikapump, shunt.

(Tandfyllningar, tandbrygga eller tandimplantat skall ej räknas).

Ja Nej

Har du någon gång fått metallsplinter i ögonen?

Ja Nej

(Även om det är länge sedan eller är borttaget.)

Har du problem att vistas i trånga utrymmen?

Ja Nej

Har du någon njursjukdom?

Ja

Nej