

## Hälsodeklaration för prostatacancer testning

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, hjärtaff, 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