



GRUPO **IMNE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO BIÓPSIA DE PRÓSTATA

Data do exame a ser realizado: ____ / ____ / ____ Horário: ____ : ____ Médico: _____

FICHA DE ANAMNESE

Dados do paciente

Nome: _____

Idade: ____ Telefones: (____) _____ (____) _____ (____) _____

O resultado do exame de PSA que levou a realização da Biópsia? () Sim () Não

Qual foi o valor do resultado do PSA? _____

Já realizou o exame de Ressonância Magnética da Próstata? () Sim () Não

Já realizou o exame Ultrassonografia da Próstata? () Sim () Não

Qual foi o peso da próstata? _____

Faz uso de medicamentos? () Sim () Não

Quais são? _____

Já realizou alguma cirurgia? () Sim () Não

Qual? _____

Possui algum tipo de alergia? () Sim () Não

Qual? _____

Realizou o exame de Coagulograma?

Qual foi o resultado do TAP: _____ **PTT:** _____ **INR:** _____

Realizou o exame de Urocultura? () Sim () Não

Caso tenha realizado, o resultado deu () Positivo () Negativo

Campos dos Goytacazes _____ **de** _____ **de** _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

NOME: _____

RG/CPF: _____

Ass. Medico Assistente

NOME: _____

CRM: _____ **UF:** _____