

Atenção: Para melhor realização do exame de PSA e obtenção dos resultados fidedignos é necessário que o paciente esteja dentro do preparo.

Nome do Cliente: _____ Data: ____/____/____

1. Fez prostatectomia total (retirada total da próstata)?

Sim Não

Obs: Se a resposta for **SIM**, não há necessidade de responder ao questionário. Se a resposta for **NÃO**, siga com as perguntas abaixo do questionário.

2. Manteve relação sexual (ejaculação) nas últimas 48 horas?

Sim Não

3. Realizou ultrassonografia trans-retal nos últimos 7 dias?

Sim Não

4. Realizou biópsia de próstata nas últimas quatro semanas?

Sim Não

5. Realizou exercícios em bicicleta, equitação e motocicleta nas últimas 48 horas?

Sim Não

6. Utilizou supositório, realizou toque retal ou sondagem uretral nos últimos 4 dias?

Sim Não

7. Realizou colonoscopia nos últimos 15 dias?

Sim Não

8. Realizou estudo Urodinâmico nos últimos 21 dias e/ou massagem prostática nos últimos 30 dias?

Sim Não

9. Caso alguma resposta acima seja SIM, estou ciente que:

Não realizarei o exame

Realizarei ciente de possíveis alterações

_____, _____ de _____ de _____
LOCALIDADE

Assinatura do Cliente: _____ RG: _____