



RICHIESTA DI ESAME ISTOLOGICO DI AGOBIOPSIA DELLA PROSTATA

DATI ANAGRAFICI (compilare o apporre etichetta):

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO _____

REPARTO O SERVIZIO RICHIEDENTE _____

SEDE PRELIEVO	N. DI FRAMMENTI	DIMENSIONI
1/A _____ Zona periapicale sinistra	_____	mm _____
2/B _____ Zona periapicale destra	_____	mm _____
3/C _____ Zona paramediana sinistra	_____	mm _____
4/D _____ Zona paramediana destra	_____	mm _____
5/E _____ Zona posteriore sinistra	_____	mm _____
6/F _____ Zona posteriore destra	_____	mm _____
7/G _____ Zona posterolaterale sinistra	_____	mm _____
8/H _____ Zona posterolaterale destra	_____	mm _____
9/I _____ Zona laterale sinistra	_____	mm _____
10/J _____ Zona laterale destra	_____	mm _____
11/K _____ Zona laterale esterno sinistra	_____	mm _____
12/L _____ Zona laterale esterno destra	_____	mm _____
13/M _____ Zona di transizione sinistra	_____	mm _____
14/N _____ Zona di transizione destra	_____	mm _____

CLASSIFICAZIONE CLINICA:

- ☐ **T1c** (Neoplasia non palpabile; solo innalzamento del PSA)
☐ **T2** Neoplasia palpabile e confinata alla prostata
☐ **T2a** Neoplasia che interessa la metà o meno di un lobo
☐ **T2b** Neoplasia che interessa più della metà di un lobo ma non entrambi i lobi
☐ **T2c** Neoplasia che interessa entrambi i lobi
☐ **T3** Neoplasia che si estende al di fuori della prostata
☐ **T3a** Estensione extraprostatica (unilaterale o bilaterale) o invasione microscopica del collo vescicale
☐ **T3b** Tumore che invade la(e) vescichetta(e) seminale(i)
☐ **T4** Tumore fisso o che invade strutture adiacenti diverse dalle vescichette seminali:
sfintere esterno, retto, muscoli elevatori e/o parete pelvica

PSA totale (ng/ml) _____ Rapporto PSA Lib/Tot. _____

NOTIZIE CLINICHE: _____

DATA _____ FIRMA LEGGIBILE
DEL MEDICO _____