



Regione del Veneto  
Istituto Oncologico Veneto  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico  
UOC Anatomia e Istologia Patologica sede di Castelfranco Veneto  
Direttore Dott.ssa Ivana Cataldo  
Segreteria 0423 732275



## 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 peripicale sinistra	_____	mm _____
2/B _____ Zona peripicale 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 \_\_\_\_\_