תאריך)) Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Институт магнитно-резонансной томографии (М.Р.Т.)**

**Анкета для пациента –МРТ предстательной железы.**

**שאלון לנבדק MRI ערמונית**

מדבקה

**Имя пациента**(שם הנבדק)­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

**Имя врача, давшего направление**((שם הרופא המפנה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cпециальность врача, давшего направление:**

**уролог / онколог / другой** ( (אורולוג\אונקולוג\אחר

**Год рождения**((שנת לידה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **номер теудат зеут** ת.ז. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**больничная касса**((קופ"ח\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Пожалуйста внимательно прочтите и ответьте на вопросы.**

**Медицинская история предстательной железы:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| а | Данные последнего анализа **PSA**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(4K\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)\_מה ערך PSA אחרון? | **Дата**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_תאריך |
| б | Принимаете ли вы Аводарт или Дуодарт? | Даכן | Нетלא | האם אתה לוקח תרופת אבודרט או דואודרט? |
| в | Диагностировал ли врач наличие опухоли или уплотнение в предстательной железе при ректальном обследование? если да то с какой стороны?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Даכן | Нетלא | האם הרופא הרגיש גוש חשוד או נוקשות בערמונית בבדיקה רקטלית? צד? |
| г | Количество сделанных биопсий простаты\_\_\_\_\_\_\_\_\_מספר ביופסיות שעברת  | Дата последней биопсии\_\_\_\_\_\_תאריך ביופסיה אחרונה  |
| д | Известно ли о наличии опухoли в предстательной железе | Даכן | Нетלא | גידול ידוע בערמונית |

**Если известно о наличии опухоли предстательной железы пожалуйста приложите результаты биопсии**

**אם ידוע על גידול נא לצרף תשובה פתולוגית של הביופסיה**

|  |  |
| --- | --- |
| Е | Классификация опухоли (GLEASON)דירוג גליסון של הגידול |
| ж | Сторона опухолиצד הגידול | Прав.ימין | лев.שמאל |  |
| З | Была ли произведена операция по удалению предстательной железыעברת ניתוח כריתת ערמונית? | Даכן | Нетלא | Год\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_שנה |
| и | Прошли ли вы курс облучения предстательной железыעברת טיפול קרינה לערמונית? | Даכן | Нетלא | Год\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_תאריך |
| К | Прошли ли вы дополнительные **рентгеновские проверки в связи с заболеванием предстательной железы**האם עברת בדיקות הדמיה נוספות בקשר למחלה בערמונית - |
| МРТ таза или предстательной железы MRI אגן או ערמונית | Даכן | Нетלא | Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_תאריך |
| КТ брюшной полостиCT בטן  | Даכן | Нетלא | Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_תאריך |
| ПЭТ- КТPET-CT | Даכן | Нетלא | Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_תאריך |
| Изотопное сканирование костейמיפוי עצמות | Даכן | Нетלא | Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_תאריך |
| Есть ли у вас сопутствующие заболевания- **сахарный диабет** онкологическое заболевание | ДаכןДаכן | НетלאНетלא | האם יש מחלות רקע - **סכרת**ממאירות |
| Проводились ли вам в прошлом операции брюшной полости или тазаהאם עברת ניתוחים בבטן או באגן | Даכן | Нетלא | Данные об операции\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_פירוט הניתוחים |

Спасибо за сотрудничество

Отделение Уро-радиологии

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**