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? | Да  כן | Нет  לא | 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?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Да  כן | Нет  לא | 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 | Да  כן | Нет  לא | 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 опухоли  צד הגידול | Прав.  ימין | | | лев.  שמאל | |  | | |
| З | Была ли произведена операция по удалению предстательной железы  עברת ניתוח כריתת ערמונית? | Да  כן | | | Нет  לא | | Год\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  שנה | | |
| и | Прошли ли вы курс облучения предстательной железы  עברת טיפול קרינה לערמונית? | Да  כן | | | Нет  לא | | 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 | | | Да  כן | | Нет  לא | | Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  תאריך | |
| КТ брюшной полости  CT בטן | | | Да  כן | | Нет  לא | | Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  תאריך | |
| ПЭТ- КТ  PET-CT | | Да  כן | | | Нет  לא | | | Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  תאריך |
| Изотопное сканирование костей  מיפוי עצמות | | Да  כן | | | Нет  לא | | | Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  תאריך |
| Есть ли у вас сопутствующие заболевания- **сахарный диабет**  онкологическое заболевание | | Да  כן  Да  כן | | | Нет  לא  Нет  לא | | | האם יש מחלות רקע - **סכרת**  ממאירות |
| Проводились ли вам в прошлом операции брюшной полости или таза  האם עברת ניתוחים בבטן או באגן | | Да  כן | | | Нет  לא | | | Данные об операции\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  פירוט הניתוחים |

Спасибо за сотрудничество

Отделение Уро-радиологии

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